Bollettino Notiziario

anno XLVI - N° 12 dicembre 2015

IN QUESTO NUMERO

- **Il medico e l'economista**, pag. 3, Alessandro Nobili
- **OMCeO risponde a Report**, pag. 6, Giancarlo Pizza
- **Medicine non convenzionali e validazione scientifica**, pag. 12, Luca Cimino e Domenico Vasapollo

Pubblicazione mensile - Poste Italiane Spa - spedizione in abbonamento postale 70% – CNBO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
Direzione e amministrazione: via Zaccherini Alvisi, 4 Bologna - Tel. 051.399745
ISSN 2281-4744 (*edizione a stampa*) - ISSN 2281-4825 (*edizione digitale*)

SANITÀ

Ospedale Privato Accreditato
Villa Bellombra

Attività di ricovero:
Riabilitazione Intensiva neurologica ed ortopedica anche post-operatoria.
Team multiprofessionale.
Progetti riabilitativi individuali.
Percorsi riabilitativi integrati
Laboratorio analisi certificato ed accreditato. Radiologia

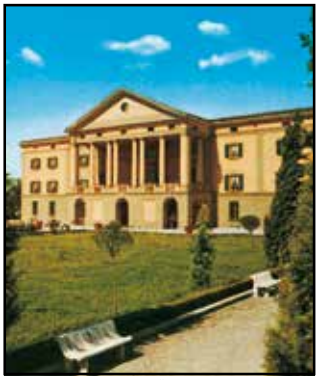
Via Bellombra, 34 · 40136 Bologna.
Tel. 051/58.20.95 · Fax 051/33.81.03
info@villabellombra.it - www.villabellombra.it

Ospedale Privato Accreditato
Santa Viola

Attività di ricovero:
Riabilitazione Estensiva ortopedica e neurologica (stroke), Lungodegenza, Post Acuzie, Sindromi Vegetative, Radiologia, Ecocardiocolordoppler.

Via della Ferriera, 10 · 40133 Bologna
Tel. 051/38.38.24 - Fax 051/41.41.266
info@ospedaleprivatosantaviola.com
www.ospedaleprivatosantaviola.com

SOCIALE



Casa Residenza per Anziani
Villa Ranuzzi

Struttura residenziale per anziani non autosufficienti. Medico di notte presente in struttura tutto l'anno. Apparecchiature: ecocardiocolordoppler, apparecchiature di diagnostica per per immagini (RX), emogasanalisi in reparto.

Via Casteldebole, 12 · 40100 Bologna Tel. 051/61.37.611
Fax 051/61.37.619 - info@villaranuzzi.it · www.villaranuzzi.it

Casa Residenza per Anziani

Villa Serena

Struttura residenziale per anziani non autosufficienti, Mini appartamenti Protetti, Medico di notte presente in struttura tutto l'anno. Apparecchiature: ecocardiocolordoppler, apparecchiature di diagnostica per-immagini (RX), emogasanalisi in reparto.

Via Toscana, 219 · 40141 Bologna - Tel. 051/47.70.11
Fax 051/48.12.01 - info@villaserena-bo.it - www.villaserena-bo.it

Bollettino Notiziario

ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Alessandro Nobili

CAPO REDATTORE
Dott. Andrea Dugato

REDAZIONE
Abbati dott. Pietro
Balbi dott. Massimo
Bondi dott. Corrado
Cernuschi dott. Paolo
Fini dott. Oscar
Lumia dott. Salvatore
Pileri prof. Stefano

I Colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli, seguendo le norme editoriali pubblicate in ultima pagina, saranno pubblicati a giudizio del Comitato di redazione.

Pubblicazione mensile
Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale 70% – CN BO

Autorizzazione Tribunale di Bologna n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa: Renografica - Bologna

Il Bollettino di Novembre 2015 è stato consegnato in posta il giorno 30/10/2015

Direzione, redazione e amministrazione:
via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna
Tel. 051 399745

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO XLVI - DICEMBRE 2015 N° 12

ARTICOLI

Il medico, l'economista, l'ospedale... • **3**

La Metabolomica per scoprire le basi biologiche della "fragilità" • **4**

Ordine Medici di Bologna risponde a *Report*: "Offesa nostra immagine. Fatti presentati in modo pregiudiziale" • **6**

29° Congresso Internazionale di Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese dell'Amab - "Dolore e disabilità nell'anziano" • **7**

Breve storia dell'Oncologia a Bologna dall'Hospice alla Divisione di Chemioterapia • **10**

Medicine non Convenzionali e validazione scientifica: l'importanza del metodo • **12**

Relazione sul Convegno Nazionale 2015 dell'associazione Malati Insieme Onlus di Bologna • **19**

Gli anestesisti-rianimatori a congresso • **20**

La Cao dà il benvenuto ad Allenza Odontoiatrica • **21**

NOTIZIE

Dalla pagina 22 alla 27

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **28**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **28**

CONVEGNI E CONGRESSI • **29**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

La foto di copertina di questo mese:

IL DESCO DA PARTO
(*Masaccio*, 1426)

In copertina il " Desco da parto " di Masaccio (1426), conservato negli Staatliche Museen di Berlino.
Il desco è un dipinto di forma rotonda (diam. 56 cm) usato nel Quattrocento come vassoio in legno decorato sul recto e verso e utilizzato per offrire le vivande alle donne delle famiglie più abbienti di Firenze che avevano appena partorito.
Viene dunque testimoniato un momento di convalescenza delle puerpere nel XV secolo; in questa pittura la partoriente è contornata e assistita dalle levatrici. Presenti anche le suore al centro della scena, che infastidite dalla musica indirizzano occhiatacce ai trombettieri.

Illustrazione e commento a cura di Raffaella Lenzi

Si comunica agli iscritti che sono disponibili le nuove credenziali per l'accesso all'area riservata EBSCO. Per richiederle inviare una mail alla Segreteria dell'Ordine segreteria@odmbologna.it

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente
Dott. ANDREA DUGATO

Segretario
Dott. VITTORIO LODI

Tesoriere
Dott. OSCAR FINI

Consiglieri Medici
Dott.ssa MARGHERITA ARCIERI
Dott. LUIGI BAGNOLI
Dott. MASSIMO BALBI
Dott. FRANCO BENETTI
Prof. DAVIDE FESTI
Dott. GIUSEPPE IAFELICE
Dott. SALVATORE LUMIA
Prof. MAURILIO MARCACCI
Dott. ALESSANDRO NOBILI
Prof. STEFANO PILERI
Dott. ANTONIO SANTORO

Consiglieri Odontoiatri
Dott. LUCA ORTENSI
Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente:	Dott. CORRADO BONDI
Segretario:	Dott. SEBASTIANO PANTALEONI
Componenti:	Dott. FRANCESCO CICOGNANI SIMONCINI
	Dott. LUCA ORTENSI
	Dott. GIOVANNI RUBINI

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente:	Dott. ALESSANDRO ZATI
Componenti:	Dott. SANDRO ACCIARRI
	Dott.ssa ANNA ESQUILINI
Supplente:	Dott. ILARIO RIGANELLO

Il medico, l'economista, l'ospedale...

Alessandro Nobili

Da tempo i medici ospedalieri sono tenuti a partecipare a corsi di formazione ed aggiornamento su materie quali l'ottimizzazione delle risorse, l'organizzazione aziendale, le strategie per la riduzione delle liste d'attesa, la riduzione dei costi di produzione. Tali "materie" vengono insegnate perlopiù da docenti che sono economisti, sociologi ed esperti di comunicazione, i quali sfornano dati e statistiche condite di algoritmi, eseguono analisi ed elaborano programmi e soluzioni gestionali, dispensando infine diplomi, che andranno a costituire il curriculum dei medici al pari di quelli derivanti dalle partecipazioni a corsi o convegni scientifici. Senza nulla voler togliere alla professionalità dei summenzionati docenti, credo che il loro approccio, necessariamente di stampo prettamente economicistico-aziendale, non possa adattarsi tout- court ad una realtà molto complessa e del tutto particolare quale quella della "vita in corsia" dei medici. Le strategie organizzative ed operative, così come i cicli produttivi di una società o di un'azienda, hanno infatti poco a che fare con le condizioni del tutto peculiari dell'attività di un ospedale. Se vogliamo per un motivo in fondo semplice: il malato non rappresenta un processo produttivo standardizzabile, e tanto meno lo è la terapia, che di tale processo è in un certo senso il "prodotto". E la platea dei clienti/pazienti non è certo equiparabile a quella degli stakeholders *di un'azienda, che sulla base di analisi di mercato e statistiche possono essere "tipizzati", in quanto portatori di precise e ricorrenti caratteristiche di base. È più o meno così (naturalmente semplificando) che le aziende elaborano le strategie commerciali, dopo aver individuato con modelli matematici il target che deve essere raggiunto da un determinato prodotto. Puntando su sistemi di questo tipo un'azienda come Google è diventata in pochi anni la prima al mondo come fatturato. Fatturato al quale quasi tutti contribuiamo quasi ogni giorno, riempiendo i social network di informazioni che vengono rivendute alle aziende più disparate alla ricerca dei target per i loro prodotti. Ma che ne sanno i docenti di economia delle innumerevoli difficoltà quotidiane in cui si deve districare il medico? Chiamato a fronteggiare non solo alcune malattie "catalogate", ma delle persone malate, ciascuna delle quali reagisce alla malattia in modo diverso e personale, essendo la malattia il risultato di un'interazione affatto particolare (a volte unica) tra la stessa malattia e le caratteristiche genetiche, anatomiche, anamnestiche, immunologiche ed anche psicologiche di quella persona. Per non parlare delle interazioni tra malattie diverse, oppure legate all'assunzione dei farmaci più svariati. Che ne sanno i docenti di economia-sociologia delle pressioni a cui sono sottoposti i medici da parte dei malati e delle loro famiglie che pretendono il ricovero, da parte delle direzioni che pretendono il risparmio e da parte di chi li aspetta al varco di un minimo presunto errore per citarli in giudizio? Quest'anno, per la prima volta, non tutti i posti assegnati dal Ministero per la specializzazione in Chirurgia sono stati occupati. Eppure nell'immaginario collettivo quello del chirurgo risulta uno dei mestieri più ambiti (forse il più ambito), fonte certa di prestigio ed ottima remunerazione. La verità è che molti medici letteralmente non ce la fanno più, schiacciati tra responsabilità enormi e soddisfazioni (anche economiche) sempre più risicate. Si tratta di uno dei due aspetti della "medicina difensiva", quello passivo, in base al quale i medici si astengono, sempre più, non solo dall' eseguire interventi a rischio, ma financo dall'intraprendere carriere in cui il rischio sia in un certo senso connaturato. Si tratta di un segnale grave, sul quale mi sono già soffermato in altri editoriali. E sul quale tornerò, giacché il livello di attenzione deve essere mantenuto alto. Ma tornando all'aspetto considerato inizialmente, viene ancora da chiedersi cosa effettivamente sappiano i docenti economisti-sociologi degli stress a cui sono sottoposti i medici e gli infermieri per i desideri dei malati (e congiunti) di avere risposte rapide, a fronte delle quali troppo spesso si riscontra mancanza di risposte, convenientemente rapide, da parte delle direzioni. Degli imprevisti che si devono affrontare quando le liste d'attesa sono esorbitanti, gli spazi ed i posti letto insufficienti, le attrezzature ormai inadeguate, gli amministratori sempre più aggressivi nelle pressioni per il risparmio. I medici hanno sicuramente qualcosa da imparare dagli esperti in economia ed in sociologia-comunicazione, ma credo che anche questi ultimi avrebbero qualcosa da imparare dai sanitari. Qualche giorno in corsia potrebbe servire. Confrontandosi sul campo con i variegati problemi dei sanitari e, perché no, con la sofferenza dei malati.*

La Metabolomica per scoprire le basi biologiche della "fragilità"

Claudio Franceschi, Miriam Capri

C'è consenso in campo gerontologico nel considerare la **"Fragilità"** una sindrome caratterizzata da un declino funzionale evolutivo, inizialmente clinicamente silente, il cui substrato biologico è indipendente dalla disabilità e dalla morbosità, e condiziona **un'aumentata incidenza di cadute**, **ospedalizzazioni**, **morbosità** e **mortalità**.

Se la "fragilità" è intesa come stato dinamico che conduce dalla robustezza alla franca vulnerabilità è plausibile che sia reversibile, che possa essere contrastata da interventi mirati o prevenuta dall'attenzione allo stato nutrizionale e dal mantenimento di un buon trofismo muscolare. I dati disponibili in letteratura mostrano una prevalenza della fragilità che varia dal 6,9% al 16,3% nella popolazione anziana USA, con un evidente differenziale sociale come rilevato in diversi studi.

Il team del laboratorio di **Immunologia e Genetica** – Diretto dal **Prof. Claudio Franceschi** (Professore Emerito, Dipartimento di Medicina Specialistica Diagnostica e Sperimentale - DIMES, Università di Bologna) insieme al **Prof. Marco Zoli** (Professore Ordinario e Direttore del Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche - DIMEC, Università di Bologna) – ha realizzato un progetto per poter identificare e monitorare i soggetti fragili attraverso l'impiego di nuove analisi quali la METABOLOMICA al fine di caratterizzare la fisiopatologia dei processi che conducono dall'invecchiamento fisiologico a quello stato di vulnerabilità caratterizzante lo stato di fragilità e di poter rilevare caratteristiche peculiari tali da permettere l'applicazione di una **medicina "personalizzata"**.

Chiediamo gentilmente la **collaborazione dei colleghi** per agevolare la fase di "arruolamento" di **soggetti fragili nello studio ProAge**, i cui risultati possono contribuire a sviluppare future applicazioni di prevenzione primaria e secondaria personalizzate.

Il team di ricerca dell'Università di Bologna cerca **50 uomini/donne** di età compresa **tra i 65 ed i 79 anni** per lo studio Osservazionale ProAge. *Le caratteristiche dei soggetti che cerchiamo di reclutare sono relative alla loro* scarsa attività fisica (problemi di mobilità e limitate uscite fuori casa), *riferiscono* condizioni di salute scarsa, bassa resistenza allo sforzo fisico, *in particolare "faticano" nel far fronte alle* richieste delle attività di vita quotidiana *e/o presentano* diminuzione della forza muscolare *e/o* rallentamento nel cammino. Per le caratteristiche dei soggetti eligibili è importante che il progetto sia presentato da figure di fiducia, quale per esempio il medico di base, che motivino il potenziale volontario nell'impegno richiesto per la partecipazione allo studio. Se siete **interessati a collaborare** sarà nostra cura farvi recapitare **la lettera di invito** per il soggetto ed eventualmente la **liberatoria** affinché possiate comunicarci il nome del paziente. In accordo con le **attuali normative della privacy,** noi contatteremo il volontario per fornire la documentazione e le informazioni necessarie a un valido consenso informato, e quindi verificare la sua aderenza ai criteri di inclusione come descritto di seguito. Il protocollo di ricerca *(ProAge)* si basa sulla definizione operativa di "Fragilità" proposta da Linda Fried nel 2001 (J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Mar;56(3):M146-56), ossia la presenza di almeno 3 su 5 criteri funzionali di facile misurazione nel setting degli studi osservazionali. ProAge vuole contribuire alla traduzione operativa del costrutto di "Fragilità" valutando la composizione corporea (analisi DXA) e identificando biomarcatori anche nel sangue e/o nelle urine e/o nelle feci.

La collaborazione dei colleghi sarà preziosa in quanto può essere decisiva per raggiungere il numero di volontari necessario. Il Professore Claudio Franceschi e tutto il team di ricerca si rendono disponibili per ulteriori chiarimenti ed eventuali incontri. Il nostro riferimento e-mail per ulteriori informazioni e materiali è longevity.cig@unibo.it
Per poter parlare con il team di ricerca: Dr. Maria Scurti 338 7295897

Professor Claudio Franceschi, Dr.ssa Miriam Capri, responsabile scientifico del progetto ProAge.

CLINICADOMICILIO

Eseguiamo radiografie a domicilio a Bologna e provincia

È obbligatoria la prescrizione del medico

SEMPLICE E VELOCE SENZA LISTA D'ATTESA
SCEGLI IL GIORNO E IL LUOGO PER IL TUO ESAME. AL RESTO CI PENSIAMO NOI

INFO E PRENOTAZIONI
Prenota on-line sul sito clinicadomicilio.it o chiama lo 051.644.00.55 oppure scrivi a info@clinicadomicilio.it
Tutti i giorni, festivi compresi, dalle 8:00 alle 22:00.

Il servizio è attivabile su tutta la provincia di Bologna.

051.644.00.55 clinicadomicilio.it clinica domicilio

CONSORZIATA COLIBRÌ E PLURIBUS UNUM CONSORZIO OSPEDALIERO

CERTIFICATA ACCREDIA kiwa certified

Medicina estetica

Ordine Medici di Bologna risponde a *Report*: "Offesa nostra immagine. Fatti presentati in modo pregiudiziale"

Il presidente Pizza scrive alla nostra redazione "non per difendere una mia immagine personale quanto piuttosto per tutelare la corretta immagine dell'Ordine dei Medici di Bologna che è risultata ingiustamente deformata se non offesa dal servizio". Al centro della polemica le mancate sanzioni a un medico dopo un intervento di estetica per il quale è stato condannato in primo grado per lesioni colpose.

Al centro della puntata di Report del primo novembre su Rai3 la medicina estetica. Con forti polemiche anche contro l'Ordine dei medici in tema di sanzioni agli iscritti al punto che la conduttrice **Milena Gabbanelli** *ha affermato: "Che cosa ci sta a fare se chi fa cose vietate, sapendolo, poi sempre là resta?" (Leggi il resoconto della trasmissione). Il riferimento è al caso di un medico bolognese condannato, con sentenza di primo grado, a 14 mesi per lesioni colpose dopo un intervento andato male di medicina estetica, che però non è stato sanzionato dall'Ordine. Su questo è stato intervistato anche il presidente* **Giancarlo Pizza** *che, in questa lettera inviata oggi alla nostra redazione, critica però fortemente la gestione della trasmissione e il messaggio che ne è venuto fuori.*

Gentile direttore,
si meraviglierà se mi rivolgo a lei per esternare il mio disappunto rispetto allo specifico contenuto della trasmissione di *Report* di ieri domenica 1° novembre riguardante l'Ordine che mi onoro di presiedere e la sua spacciata inazione rispetto al perseguimento di assunti illeciti disciplinari.
Naturalmente le scrivo non per difendere una mia immagine personale quanto piuttosto per tutelare la corretta immagine dell'Ordine dei Medici di Bologna che è risultata ingiustamente deformata se non offesa dal servizio. L'estrapolare due brevissimi stralci dal corpo di una lunga intervista illustrativa, carte alla mano, della problematica oggetto di trasmissione, è tecnica giornalistica atta a rendere sicuramente funzionale ed organico qualsiasi dichiarazione alle pur apprezzabili generali finalità di denuncia dell'inchiesta, a patto di non stravolgerne il senso ed imputare all'Ordine modi di agire protezionistici che gli sono del tutto estranei. Se ci si rivolge non tanto ad un Ordine professionale, ma anche ad un Giudice oltre un certo termine, stabilito per legge a pena di prescrizione, non avrà né otterrà alcuna sentenza favorevole, sia penale che civile. Così succede anche per il Giudice disciplinare, soggetto anch'egli alle disposizioni di legge ed alle conseguenti relative responsabilità, ma non certo alle particolari esigenze di un format televisivo. Se peraltro una qualunque persona, risulti civilmente condannata sulla base del criterio di giudizio del "più probabile che non" rispetto alla prova del nesso causale tra condotta ed evento prodottosi, ciò non significa che quello stesso criterio probabilistico valga in sede disciplinare, come non vale in penale: in assenza di certezza della prova di colpevolezza al di fuori di ogni dubbio non si procede a condanne disciplinari. La Giornalista è stata compiutamente informata di tutto ciò durante l'intervista avvenuta in due tempi dell'intera vicenda, ma ha preferito stralciare ed enfatizzare solo ciò che risultava isolatamente funzionale alla propria pregiudiziale interpretazione dei fatti.
Questo Ordine, allorquando è stato posto in condizione di avere prove certe di elementi impattanti sul Codice Deontologico si è sempre immediatamente attivato come, ad esempio, nel caso delle numerose sospensioni all'Albo sino a 6 mesi per quei medici coinvolti nella vicenda, definita a suo tempo "Ricettopoli", senza peraltro dover necessariamente attendere, per i risvolti deontologici, la definizione dei procedimenti pendenti davanti alla Magistratura ordinaria.
Mi auguro che lei vorrà ospitare questa lettera al fine di rendere "giustizia", nei limiti del possibile, all'immagine di questo Ordine che è sempre stato impegnato nella ricerca di verità concrete e per i propri fini istituzionali.

Giancarlo Pizza
Presidente Omceo Bologna

29° Congresso Internazionale di Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese dell'Amab - "Dolore e disabilità nell'anziano"

Annalisa Silvestri

Nella cornice dell'hotel Savoia Recency di Bologna si è tenuta nel maggio di quest'anno la 29 edizione del congresso AMAB che ha avuto come tema l'approfondimento delle tecniche complementari quali agopuntura somatica, fitoterapia cinese, addominoagopuntura e agopuntura auricolare nel trattamento delle patologie dell'anziano.

Gli interventi sono stati mirati a mettere in luce gli aspetti integrativi alla medicina occidentale che la medicina tradizionale cinese offre per ciò che riguarda il trattamento di diverse patologie di cui spesso il paziente geriatrico è affetto; si è focalizzata l'attenzione, in particolare, su patologie come la sindrome vertiginosa, il ruolo adiuvante dell'agopuntura nella palliazione oncologica, il ruolo delle medicine complementari nella riabilitazione post ictale, sulle reumoatropatie, sulla nevralgia herpetica e sull'incontinenza urinaria.

I vantaggi del trattamento con agopuntura quali il controllo e l'attenuazione della sintomatologia dolorosa, dall'esiguità degli effetti collaterali e dalla riduzione della spesa sanitaria hanno attirato un interesse sempre più crescente da parte dei pazienti ma anche da parte del personale medico ad avvalersi delle medicine complementari come terapie *ex adiuvantibus* per svariate patologie tra cui appunto le patologie croniche del paziente geriatrico.

Delle patologie discusse sono stati illustrati i profili fisiopatologici e lo spettro di trattamenti con agopuntura ed è stato illustrato un aggionamento su quelli che sono i risultati scientifici secondo i criteri dell'*evidence base medicine*.

L'efficacia dell'agopuntura sulle sindromi algiche croniche, come dimostrato da recenti trial randomizzati, è efficace nelle patologie del ginocchio e dell'anca, alleviando in maniera significativa il dolore e la rigidità (1).

Fra tutte le medicine non convenzionali, l'agopuntura è quella per la quale si sono raccolte le maggiori evidenze in particolare per ciò che riguarda l'effetto antalgico sia dal punto di vista sperimentale che clinico.

È stato, infatti, possibile nel corso degli anni dimostrare che il valore dell'agopuntura non risiede solo nell'effetto antalgico, ma anche nella capacità di svolgere un'azione immunomodulatrice, anti infiammatoria e neuroendocrina e quindi di agire sulle cause profonde delle malattie degenerative articolari.

Si è scoperto che l'effetto mediato dall'agopuntura si espilca a vari livelli del SNC coinvolgendo il corno posteriore del midollo spinale, il tronco encefalico e le zone ipotalamiche e corticali.

Con un meccanismo di tipo *gate control system* esplica il suo effetto analgesico soprattutto a livello segmentario spinale, in particolare la stimolazione con aghi agirebbe su fibre di tipo A delta e quindi ostacolando la conduzione del dolore a livello segmentario e del corno posteriore del midollo spinale.

L'agopuntura agisce in seconda istanza anche a livello del tronco encefalico, con attivazione del sistema antinocicettivo discendente e a livello della zona ipotalamica ipofisaria con rilascio di oppioidi ed in particolare di beta endorfine che rilasciate a livello del torrente ematico e del liquor cefalorachidiano indurrebbero analgesia per via riflessa.

In ultima istanza l'agopuntura è dimostrato agisca anche a livello della corteccia cerebrale, sede primaria nell'integrazione e nella modulazione discendente del dolore, mediante l'integrazione di tutti i segnali che raggiungono le aree somatosensoriali.

Recenti indagini di *neuroimaging* come pET e fMRI hanno poi confermato come la stimolazione di alcuni punti di agopuntura somatica e auricolare abbiano una elevata potenzialità antalgica in quanto opererebbero su una rete complessa del controllo del dolore denominata '*pain matrix*' conivolta nell'elaborazione delle componenti cognitive-affettive della percezione del dolore.
Riguardo all'efficacia terapeutica dell'agopuntura si è rilevato durante le fasi congressuali, come l'effetto antalgico renda possibili, soprattutto nelle patologie muscolo-scheletriche, la mobilizzazione attiva delle articolazioni che in precedenza potevano essere inibite dal dolore o dalle contratture riflesse e come l'agopuntura svolga un ruolo importante nel ridurre l'assunzione di farmaci analgesici in questa categoria di pazienti che già assumono farmaci per altre comorbità dalle quali sono cronicamente affetti.
Nelle varie relazioni si è poi affrontato il tema della sindrome vertiginosa nell'anziano che riconosce eziologie multifattoriali potendo essere legata a patologie osteoarticolari del tratto cervicale, o essere una sindrome vertiginosa di tipo soggettivo ad eziologia non ben nota.
Nel paziente geriatrico, infatti, sono frequenti le vertigini di tipo soggettivo, accompagnate da un corteo sintomatologico di malessere generale, mancanza di equilibrio spesso non evidenziabile obiettivamente dall'esame neurologico e vestibolare.
Questa sensazione vertiginosa sfumata, accompagnata da sensazione di testa vuota, e a volte da oscuramento del visus, è definita come *dizziness* e può compromettere la qualità della la vita quotidiana, incrementando il rischio di cadute accidentali e il grado di disorientamento del paziente.
La terapia in agopuntura, come si evince anche dai dati dei lavori pubblicati, si basa sempre sull'impostazione di una linea terapeutica individuale che scaturisce da un'attenta valutazione anamnestica e diagnostica. Il protocollo prevede la stimolazione di agopunti di base associati ad altri agopunti specifici per le particolarità individuali dei singoli quadri sindromici individuati, che tengano conto anche della costituzione dell'individuo.
Per quanto riguarda le vertigini che insorgono su un quadro di accertata o sospetta insufficienza vertebro-basilare, sono previsti protocolli di elettroagopuntura in particolare di alcuni agopunti a livello cranico. Questa metodica sembra potenziare notevolmente l'effetto vasodilatatore neuro mediato a livello del circolo cerebrale e consente di ottenere migliori e duraturi risultati in tempi certamente più brevi.
Le altre vertigini frequentemente trattate nella popolazione anziana in agopuntura sono quelle che si associano a quadri osteoatrosici e degenerativi della colonna cervicale che traggono generalmente rapidamente sollievo dal trattamento agopunturale.
Si è inoltre affrontato il ruolo dell'agopuntura per il trattamento della nevralgia erpetica.
Com'è ben noto il trattamento convenzionale dell'herpes zoster si avvale di farmaci antivirali. Tale categoria di farmaci è indicata nella fase acuta della malattia, nulla può però riguardo la prevenzione delle recidive e soprattutto sulla nevralgia posterpetica residua.
La nevralgia posterpetica è caratterizzta da un dolore persistente nel tempo sul segmento cutaneo colpito che perdura oltre la guarigione della fase acuta.
Talvolta questa nevralgia affligge i pazienti anche anni dopo la conclusione della malattia acuta, divenendo certamente il sintomo più sgradevole e invalidante della malattia.
L'agopuntura è un trattamento efficace sia per la nevralgia posterpetica che per il dolore nella fase acuta dell'herpes zoster.
I pazienti anziani tollerano scarsamente i farmaci antidolorifici in quanto il profilo di tossicità per gli organi emuntori ne limitano la prescrizione o ne incrementano gli effetti collaterali. Inoltre i pazienti che soffrono a seguito dello zoster di nevralgia posterpetica possono richiedere un intervento antidolorifico a lunga scadenza, condizione che può portare verso l'assuefazione al farmaco somministrato e al conseguente effetto tetto del farmaco.
L'agopuntura rappresenta in questo contesto una valida alternativa da considerare in quanto si stabilisce con il l'eventuale trattamento farmacologico concomitante un effetto sinergico.
Interessante è stato l'intervento in cui si è trattato il ruolo integrativo dell'agopuntura nel

paziente geriatrico affetto da patologia oncologica. Uno dei campi in cui l'utilizzo della agopuntura e della fitoterapia cinese è maggiormente diffuso e sta vedendo un interesse crescente è l'ambito oncologico. In questo settore l'agopuntura e il trattamento con fitoterapia cinese si propongono di contribuire in modo significativo al miglioramento della qualità della vita del paziente, svolgendo un ruolo attivo sul controllo dei sintomi causati dalla malattia neoplastica e sugli effetti collaterali determinati dall'impiego di farmaci chemioterapici.

Dalle recenti ricerche è emerso che l'agopuntura svolge un ruolo di rilievo nel controllo del dolore correlato alla malattia tumorale e alla terapia antiblastica, nella riduzione dell'edema, della nausea, della xerostomia post trattamento radioterapico e nel potenziamento del sistema immunitario. Gli effetti immunomodulanti hanno attratto l'interesse dei ricercatori essenzialmente per due motivi principali: l'incremento statistico delle patologie in cui sussiste una condizione di immunodeficienza e la continua evidenza sperimentale di interrelazioni tra i meccanismi immunitari e i principali sistemi omeostatici del nostro organismo.

Diversi studi hanno, infatti, documentato come l'agopuntura sia in grado di incrementare la conta leucocitaria, in particolare le osservazioni effettuate su pazienti neoplastici immunodepressi sottoposti a radioterapia descrive il ritorno nei range dei valori delle varie popolazioni linfocitarie dopo aver sottoposti i pazienti a sedute di agopuntura e allo stesso modo viene confermato il ritorno ai valori fisiologici dell'indice di migrazione leucocitaria in pazienti che erano stati sottoposti a terapia cortisonica per lungo periodo.

L'agopuntura non è più, allo stato attuale, una terapia completamente empirica, possediamo ora argomenti scientifici e numerosi lavori sperimentali pubblicati sulle maggiori riviste indicizzate internazionali che ne attestano l'efficacia in determinate patologie.

La conferma della sua validità, pone infine, riflessioni anche dal punto di vista deontologico.

Annalisa Silvestri
Associazione Medici Agopuntori Bolognesi
www.amabonline.it

Breve storia dell'Oncologia a Bologna dall'Hospice alla Divisione di Chemioterapia

Dott. Castellari Sigerio

Da una indagine statistica dei deceduti annualmente in Italia per tumore maligno negli ultimi 60 anni si riscontra un andamento in crescita di circa il 0,5% all'anno. Nella Provincia di Bologna muoiono ogni anno circa 11.000 malati di cancro e la maggior parte di questi, circa il 90%, aveva fruito di un piano di cura e una assistenza in reparti ospedalieri per cronici in grado di garantire la migliore qualità di vita per gli ultimi mesi.
Già negli anni Trenta la lotta conto i tumori maligni costituì un impegno esplicito per il Ministero della Salute che provocò nel 1934 una legge sanitaria per lo stanziamento di fondi destinati a combattere tale malattia.
Nel 1935, grazie a questi fondi, nacque a Bologna il "Centro Bolognese per lo Studio e la Cura del Cancro" Diretto dal Prof. Giuseppe Palmieri che si avvalse del suo Aiuto Prof. Giovanni Ferdinando Gardini e di un efficiente "staff" di radiologi, che creò un Reparto di radioterapia nei sotterranei della Clinica Medica del Policlinico S. Orsola, oltre a un reparto di degenza per malati di cancro inoperabili, ma ancora curabili, che può essere considerato come il primo "Hospice Oncolgico".
Per far posto a nuovi pazienti in fase di curabilità con qualche prospettiva di miglioramento, il considerevole affollamento dell'Istituto obbligava spesso a dimetterne altri il cui processo neoplastico, pur giunto ad uno stadio giudicato non più reversibile, avrebbe potuto comunque trarre beneficio da un ulteriore prolungamento della degenza per essere sottoposti a specifiche terapie palliative.
Nell'impossibilità di ricoverarli nei reparti di medicina per acuti, d'altronde sempre affollati, era già una impresa ricoverarli nei pochi letti disponibili dei cronicari.
Al Prof. Gardini, Presidente della Sezione Provinciale di Bologna della "Lega Italiana per la Lotta Contro i Tumori (LILT)", maturò l'idea, condivisa dal suo maestro Prof. Palmieri, di creare un reparto specializzato dove accogliere i malati cancerosi in stadio avanzato per trattarli con terapie palliative e per beneficiare di una assistenza il più possibile efficiente.
Il Prof. Gardini si rivolse inizialmente all'Amministrazione degli Ospedali di Bologna per la creazione del Reparto nei locali dell'Ospedale Bellaria ma con esito negativo per il parere del Collegio dei Primari e del Consiglio di Facoltà dichiaratosi, allora, assolutamente contrario alla istituzione di nuovi primariati.
Quindi si rivolse al Consiglio di Amministrazione del "Ricovero di Mendicità Vittorio Emanuele II", allora ubicato in via Albertoni 15, trasformato nel 1960 in "Infermeria per Cronici" diretto dal Prof. Giorgio Azzolini, che accettò la richiesta di creare un "Ospice Oncologico" a spese della LILT.
Con l'Amministrazione del Ricovero di Mendicità venne concordato che a spese della LILT venisse costruita una sopraelevazione di una porzione del fabbricato di via Albertoni da adibire a reparto medico con 52 posti letto per accogliere malati portatori di cancro in fase avanzata che venne inaugurato come "Reparto Oncologico" il 15/3/1961 e dotato di tutta l' attrezzatura medica necessaria, compreso una sala chirurgica per piccoli interventi, un moderno apparecchio Roenghen da 6 Mev e perle al Co 60 per Brachiterapia.
Durante la gestione novennale della LILT, il reparto fu diretto dal Prof. Giovanni Ferdinando Gardini che si avvalse della preziosa collaborazione dell'AS Maria Teresa Breveglieri, addetta alla Amministrazione, del Dr. Sigerio Castellari con la qualifica di Aiuto, che dovette specializzarsi in Oncologia Generale presso l'Ateneo di Modena perché a Bologna non esisteva ancora la scuola di oncologia, dal Dr. Paolo

Camera, assistente, dal Dr. Roberto Betti, radiologo, e da uno corpo infermieristico diretto da validissime Suore dell'Ordine "Sorelle della Misericordia" di Verona.
Inizialmente i servizi assistenziali al malato cronico erano del tipo di quelli effettuati nell' Hospice del Royal Hospital di Londra e del San Andrea di Roma che il Prof. Gardini ebbe occasione di visitare.
In nove anni venne praticata la attività di cura oncologica e radioterapica ad oltre 1.400 pazienti cancerosi in stadio avanzato accolti da ospedali regionali di tutta Italia dove si era propagata la fama dell'efficacia dei servizi medico-assistenziali praticati nel Reparto Oncologico specializzato nella cura dei cancerosi in stadio avanzato.
Nel periodo in cui il reparto è stato diretto dal Prof. Gardini, 335 pazienti cancerosi sono stati pure dimessi in condizioni di ritornare migliorati al loro domicilio e l'attività sanitaria è stata oggetto di relazioni in congressi nazionali ed internazionali ed è valsa a richiamare l'attenzione sull'utilità di questo tipo di assistenza tanto che molti enti ospedalieri hanno realizzato strutture simili.
I sanitari del Reparto hanno prodotto pubblicazioni scientifiche sulla terapia attuabile a cancerosi non più recuperabili; in collaborazione col Prof. Cesare Maltoni, nel febbraio 1964, sono stati invitati dal Comitato Nazionale per la Chemioterapia dei Tumori a far parte del gruppo di studio per i tumori della mammella; hanno inoltre collaborato con colleghi del Royal Cancer Hospital di Londra per lo studio di un nuovo chemioterapico, il Merofan, ora in commercio col nome di Alkeran; hanno svolto consulenze oncologiche in vari istituti ospedalieri del Policlinico S. Orsola (l'Istituto di Semeiotica Chirurgica, l'Istituto di Otorinolaringoiatria, l'Istituto del Radio ed altri) coi quali hanno poi pubblicato studi che vertevano sulla terapia da attuare ai cancerosi in fase avanzata.
Il 23 marzo 1970, alla scadenza del contratto novennale con l'ex Ricovero di Mendicità Vittorio Emanuele II scorporato in Istituto Giovanni XXIII con sede in via Roma, e Ospedale Provinciale Specializzato M. Malpighi, il Reparto Oncologico venne assorbito dal nuovo istituto ospedaliero con la qualifica di Divisione di Oncologia Radioterapica sotto la direzione provvisoria del Primario del reparto di Medicina Geriatrica, Prof. Giulio Facchini, che si avvalse dell'aiuto del Dr. S. Castellari per la gestione radio-chemioterapica dei malati neoplastici.
Da questo periodo il primitivo "hospice" per cancerosi lungodegenti perde la sua primitiva funzione di cronicario oncologico e dal 1 febbraio 1972 viene scisso in Divisione di Radioterapia diretta dal Prof. Carlo Rimondi e in Divisione Oncologica diretta dal Prof. Franco Pannuti, il quale, onde evitare ai pazienti il trauma psicologico ed emotivo della ufficializzazione della natura della loro malattia tumorale, ottenne di cambiare la denominazione in Divisione di Chemioterapia.
Nel 1981, con la costituzione delle USL, l'Ospedale Malpighi venne unificato al Policlinico S. Orsola e dal 1985, il Prof. F. Pannuti, attivò un servizio di assistenza oncologica domiciliare denominata "Assistenza Nazionale Tumori (A.N.T)" con lo scopo di garantire a domicilio del canceroso uno standard di tipo "ospedaliero".
La nascita dell'assistenza domiciliare ha cambiato sostanzialmente il profilo di attività della Divisione di Chemioterapia in modo che si sono ridotti progressivamente i ricoveri di pazienti lungodegenti attualmente ricoverabili negli "Hospice" creati dalla "Fondazione Seragnoli".

Dott. Castellari Sigerio
Specialista in Oncologia,
Radiologia e Terapia Fisica

Medicine non Convenzionali e validazione scientifica: l'importanza del metodo

Cimino Luca, Vasapollo Domenico

"L'assenza di una prova
non è la prova di un'assenza"
Carl Sagan (1934-1996)

Il dibattito sulla scientificità delle c.d. "Medicine non Convenzionali" (MnC) costituisce una problematica ricorrente nella letteratura scientifica con posizioni che, nonostante da tempo si dibatta su tale argomento, continuano ad essere discordanti. A riguardo, infatti, in un recente articolo comparso sull'"European Journal of Internal Medicine", Pandolfi e Carreras (2014) ripropongono la critica basata sul fatto che, poiché la significatività statistica costituisce un passo essenziale per la validazione degli interventi medici, le difficoltà di ottenere una significatività statistica valida in studi clinici in cui la probabilità a priori dell'ipotesi in esame è bassa, come nell'ambito delle "Medicine Alternative Complementari" (CAM), sia necessaria un'estrema cautela nel valutare ogni significatività statistica ottenuta in questo settore, in quanto le pratiche CAM, producendo solo risultati intrinsecamente resistenti alla validazione statistica, sembrano non appartenere alla moderna medicina basata sulle prove. Essi sottolineano infatti che, poiché i principi fondanti le CAM sono implausibili, anche i risultati statisticamente significativi ottenuti da sperimentazioni rigorose non possono essere accettati come validi proprio perché le premesse non sono accettabili dalla scienza. In un commento pubblicato sulla stessa rivista, Walach, Roberti di Sarsina e Tassinari (2015) sottolineano, invece, il fatto che i principi bayesiani devono essere applicati a tutta la medicina e non solo alle CAM, per cui la questione non è che se un modello è basato su presupposti scientifici appare plausibile "a priori", mentre gli altri non lo sono, ma quanto i presupposti di una paradigma, tacitamente accettato come vero, sono utili e quanto beneficio essi possono portare ai pazienti. Ciò che sembra emergere anche in questo caso è rappresentato dal fatto che viene riproposta sostanzialmente una contrapposizione metodologica tra le due posizioni, ovvero, riportando quanto efficacemente evidenziato da Saruggia (2015), "tra una visione platonica legata al concetto aprioristico di verità ed una deduttiva (euclidea) dove ogni caso merita di dimostrare la sua utilità".

Prendendo spunto da tale dibattito riteniamo utile, pur senza alcuna pretesa di esaustività, proporre alcune brevi considerazioni, per un approfondimento delle quali si rimanda ad un nostro recente lavoro sul tema[1].

Ogni disciplina poggia le sue basi su un impianto teorico, ovvero su un paradigma di riferimento, cioè su una "cornice concettuale" tacita, una sorta di conoscenza implicita, a cui fare riferimento quando si approccia un problema, che condiziona la ricerca e la pratica clinica (Kuhn, 1978). Una teoria rappresenta infatti una concezione esplicativa della realtà che comprende un insieme di conoscenze, ipotesi, assiomi, postulati e leggi sulla natura dei fenomeni e sui loro rapporti, finalizzata ad individuare dei fatti, a collocare coerentemente ciò che viene rilevato all'interno delle conoscenze disponibili, a fornire spiegazioni dei fenomeni osservati. I sistemi teorici non possono essere definiti di per sé falsi o veri, ma possono essere più o meno validi a seconda che soddisfino certi requisiti: ad esempio, una buona teoria deve essere coerente e non contenere proposizioni contraddittorie o in contrasto con i dati della realtà; deve essere in grado di esprimere ipotesi sufficientemente precise da poter essere sottoposte al controllo empirico; deve essere potente, ma anche semplice, nel senso di riuscire a tener conto e a spiegare in maniera soddisfacente ed

[1] Cimino L. *Medicina scientifica e medicina non convenzionale: una questione di metodo*. In: Vasapollo D. *Tutela della salute e Medicine Non Convenzionali*. Giuffré Editore, Milano, 2014.

esauriente il maggior numero possibile di fatti con il minor numero di principi (*entia non sunt multiplicanda praeter necessitatem*) (Russel, 1987; Rossi, 1994). Una teoria, quindi, non deve essere considerata semplicemente come una speculazione astratta, ma il presupposto tramite cui si realizza una modalità conoscitiva della realtà, una prospettiva organizzativa ed esplicativa dei fenomeni osservati, che determina la modalità di indagine, gli strumenti da impiegare e il significato da attribuire a ciò che viene rilevato; pertanto, se impiegata in maniera dogmatica e acritica, cercando unicamente prove a propria conferma (c.d. "verificazionismo")[2], finirà per scotomizzare la realtà eliminando tutto ciò che da essa non viene tenuto in considerazione.

In alcune discipline la teoria appare di non immediato richiamo quando ci si occupa a livello applicativo dei fenomeni da essa osservati, in quanto la loro analisi sembra guidata dalle sole conoscenze empiriche disponibili: è la posizione epistemologica dell'"empirismo", a cui fa riferimento lo sviluppo della scienza moderna che ritiene che tutta la conoscenza derivi dall'esperienza dei sensi e che il sapere acquisito abbia un aspetto transitorio. In altri casi, invece, il momento operativo è costantemente improntato al modello teorico di riferimento che appare immanente all'azione stessa: è la posizione del "realismo" che attribuisce ai presupposti teorici di riferimento un valore ontologico, e pertanto non transitorio, partendo dal presupposto che le osservazioni non costituiscono l'unica fonte di conoscenza, in quanto le relazioni causali e le leggi della natura esistono indipendentemente dalle osservazioni stesse (Wulff *et al.*, 1995). Quest'ultimo atteggiamento è quello più vicino alla posizione assunta dalle MnC, in cui le osservazioni raccolte vengono rese nei termini propri dei paradigmi culturali da cui nascono, i quali rinviano a principi al tempo stesso assoluti, ma di significato generico ed indeterminato, che trovano con facilità una collocazione adeguata

[2] A tale riguardo ricordiamo quanto sostenuto da Popper (1984), il quale affermava che "un pericoloso dogmatismo va sempre a braccetto con il verificazionismo" in quanto rappresenta "un fondamentale errore credere che, poiché viene costantemente 'verificata', (una teoria: NdA) debba essere una scienza, basata sull'esperienza".

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

Ai Colli

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO PSICHIATRICO

Consorzio Ospedaliero Colibrì

Direttore Sanitario e Primario: ***Dott. Paolo Baroncini***

Medico Chirurgo specialista in Psichiatria e in Psicologia Medica - Psicoterapeuta

Reparti di degenza

- Residenza Trattamento Intensivo
- Residenza Trattamento Intensivo Specialistico (Dipendenze Patologiche)
- Psichiatria generale
- Riabilitazione Psichiatrica

Ambulatori

- Psichiatria generale
- Dipendenze Patologiche
- Psicogeriatria
- Etnopsichiatria e Servizio di Consultazione Culturale:
  Coordinatore:
  Dott. Vincenzo Spigonardo

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061

Sito internet: ***www.aicolli.com*** E-mail: ***casadicura@aicolli.com***

40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

nell'ambito della dottrina di riferimento e dove, pertanto, la costatazione di un fenomeno si identifica con l'insieme degli assiomi e dei principi che costituiscono la teoria stessa (Rossi, 1994; Antiseri *et al.*, 2003). Sebbene la complessità e la natura dell'oggetto di studio della medicina non escluda a priori che diverse prospettive teoriche possano guidarne la conoscenza e le attività, anche alla luce del fatto che la teoria scientifica deve essere considerata come un prodotto sociale mutevole e come tale transitorio, sebbene l'oggetto della conoscenza, che non dipende dalla nostra esistenza, non è di per sé transitorio[3] (Wulff *et al.*, 1995), ciò nonostante il modello di riferimento adottato deve ottemperare alle esigenze del metodo scientifico rifuggendo da eccessi di intuizioni, impiegando un linguaggio non ambiguo, ma attendibile, presentando definizioni operative e riproducibili, producendo affermazioni non solo teoricamente possibili, ma che siano sostenute da evidenze fattuali, ovvero che non siano in contrasto con i dati di realtà e, soprattutto, che possano essere confutabili. Infatti, sul piano metodologico, una disciplina che voglia definirsi scientifica deve essere caratterizzata dalla correggibilità e dal continuo rinnovamento delle proprie teorie e non cristallizzarsi in dogmi accettati per "fede", che cercano di sottrarsi al "tribunale delle sensate esperienze", adducendo paradigmi personali che tentano di eludere osservazioni fattuali intersoggettive, razionalmente giustificabili e correggibili (Antiseri *et al.*, 2003).

L'applicazione del metodo scientifico rappresenta il presupposto per poter definire scientifica una disciplina o una teoria in quanto composta da un insieme di conoscenze e da ipotesi che siano sottoponibili a conferme o a smentite secondo quei criteri e procedimenti che sono propri dell'inda-

[3] Questa distinzione appare particolarmente importante, in quanto una teoria equilibrata della scienza deve necessariamente prendere in considerazione entrambi questi aspetti, ovvero "amalgamare" la posizione empirista con quella realista, poiché, sebbene l'eterogeneicità concettuale del pensiero medico rappresenti un indicatore della transitorietà della costruzione del sapere umano, tuttavia, il fatto che alcuni elementi si ripresentano all'interno di ambiti concettuali diversi, in una varietà di condizioni sperimentali, contribuisce ad assicurare che alcuni aspetti della realtà non siano transitori (Wulff *et al.*, 1995).

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri
Medico Chirurgo
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Psicologia Medica

Bologna - via dell'Osservanza, 19

Centralino:
tel. 051 580395

Reparti degenza:
- Residenza trattamento intensivo donne
- Residenza trattamento intensivo uomini
- Servizio psichiatrico ospedaliero intensivo
- Psichiatria generale e riabilitazione

Ambulatori Cup:
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

Ufficio Prenotazione Ricoveri:
tel. 051 6440324 - fax 051 580315

Ambulatorio Centro Nuove Dipendenze
(gioco d'azzardo patologico, Internet, ecc.)
Tel. 329.0887517
Coordinatrice Dott.ssa Arianna Torroni
Medico Chirurgo Specialista in Psichiatria

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

gine sperimentale. Infatti affermazioni su eventi della natura che non possono essere sottoposti ad un controllo mediante rigorose osservazioni empiriche, anche se formulate in maniera organica, logica e coerente, presentano un carattere di opinione e non di enunciato scientifico (Rossi, 1994). L'obbiettivo di una ricerca che possa definirsi scientifica è la conferma, attraverso procedimenti idonei a poterla falsificare, di una ipotesi esplicativa di un fenomeno o relativa al rapporto intercorrente tra fenomeni diversi, tramite cui identificare relazioni causali volte ad affermare che, quando si verificano alcune condizioni, si determinano certe conseguenze, le quali devono essere entrambe qualitativamente descritte e quantitativamente precisate (Popper, 1969). Sebbene il procedimento ideale per la ricerca scientifica sia rappresentato dall'indagine sperimentale in quanto, attraverso il controllo dell'osservazione e la replicabilità di questa, è possibile giungere a proposizioni di carattere generale che consentano la previsione degli eventi (c.d. "metodo induttivo"), tuttavia in campo medico, confrontandosi con un sistema complesso costituito da numerose variabili coinvolte che possono incidere sulla catena causale di un evento, l'indagine sperimentale non può che rappresentare una delle procedure dell'indagine scientifica stessa, in quanto i fenomeni coinvolti difficilmente si prestano unicamente alla logica del metodo sperimentale (Rossi, 1994; Antiseri *et al.*, 2003). La complessità dei fenomeni studiati in area clinica, interessando l'uomo considerato nella sua interezza ed unicità, limita il potere predittivo delle conoscenze in relazione alla mancanza di univocità delle risposte che consentono l'applicazione del metodo sperimentale, che deve essere integrato, pertanto, con il metodo clinico il quale, tuttavia, pur utilizzando un approccio osservativo e catamnestico all'interno della storia individuale, avente come finalità la comprensione del particolare caso in esame, non può sottrarsi alla logica del metodo scientifico stesso, ovvero alla rilevazione, descrizione, organizzazione ed interpretazione dei dati secondo modalità precise, esplicate e condivise, con l'obbiettivo della spiegazione e della previsione anche se solamente probabilistica dei fenomeni (Rossi 1994; Wulff *et al.*, 1995; Antiseri *et al.*, 2003).

Agire secondo scienza in campo medico implica, pertanto, uno studio dei fenomeni che preveda una corretta applicazione del metodo scientifico, inteso come equilibrato connubio fra metodo sperimentale e metodo clinico, onde evitare da un lato, nel tentativo di ottenere risultati attendibili e riproducibili, di giungere ad una reificazione dell'uomo (come in alcune derive riduzionistiche e scientistiche) e dall'altro, ipertrofizzando la componente individuale e soggettiva, di ottenere una conoscenza parcellizzata e non riproducibile a scapito di una sapere consensuale.

Questi aspetti metodologici devono essere tenuti ben presenti quando si affronta l'annoso problema della validità delle cosiddette "Medicine non Convenzionali" (MnC), termine con cui vengono indicate quelle pratiche mediche alternative e complementari alla scienza medica occidentale vigente, che non seguono cioè i concetti ed i metodi propri della medicina scientifica occidentale, definita per l'appunto come "Convenzionale". Secondo questo parametro l'elemento principale che, pertanto, differenzia la medicina convenzionale da quella non convenzionale è che quest'ultima, non seguendo i criteri di ricerca e di validazione propri della medicina ufficiale, si discosta dal metodo scientifico propriamente detto sulla base del presupposto che, essendo fondata su prospettive teoriche e criteri euristici differenti, necessita, per la sua validazione, di un diverso paradigma di studio (Bruni, 2008). Non si può tuttavia non rimarcare, a riguardo, come la stessa comunità scientifica da più parti abbia sollevato il problema rappresentato da una ricerca medica reificante che fornisce, cioè, solamente dati statistici numerici affidabili per la valutazione dell'efficacia di una cura, e pertanto la necessità di una più ampia valutazione dei dati alla luce del concetto di *subjective well-being*, con un incremento dell'accuratezza degli studi clinici ed un miglioramento della qualità dei risultati che siano cioè più vicini alla realtà clinica. Sebbene, infatti, i dati provenienti dagli studi clinici controllati randomizzati (RCT) dovrebbero rappresentare le più solide prove di efficacia di un trattamento, ciò non di meno è necessario considerare che i fattori di inclusione e di esclusione di questi studi portano alla costruzione di campioni spesso poco rappresentativi della realtà clinica con risultati non generalizzabili alla pratica quotidiana, come, ad esempio, nel caso della costruzione di campioni di soggetti privi di comorbidità o nella creazione di studi tesi alla

valutazione di un unico farmaco in monoterapia (Wichers, 2011; Catena Dell'Osso & Marazziti, 2013). Neanche l'utilizzo delle meta-analisi, che dovrebbero rappresentare il *gold standard* per formulare un valido ed attendibile giudizio di causalità, attraverso un'analisi statistica di una raccolta di studi diversi, con la finalità di riscontrare *pattern* comuni, appare esente da limiti e difetti condivisi, per altro, da tutta la ricerca statistica in medicina (*bias* di aggregazione, *bias* di pubblicazione, studi piccoli e non rappresentativi della popolazione reale, *bias* nei criteri di inclusione, eccesso di zelo nel trarre conclusioni, misure di valutazione dell'esito - *outcome measures* - ecc.), così che da più parti, onde migliorare l'interfaccia fra scienza e pratica clinica, riducendo il *gap* fra *efficacy* (efficacia teorica) e *effectiveness* (efficacia nella pratica), si è proposto di incrementare nella ricerca l'impiego di studi naturalistici, che però, anche se potrebbero offrire una prospettiva maggiormente consona alla pratica clinica, sono soggetti a tutti gli inconvenienti della mancanza di randomizzazione e controllo con placebo (Catena Dell'Osso & Marazziti, 2013; Maestri, 2013).
Pur rimarcando l'importanza di considerare tali problematiche inerenti al modello sperimentale impiegato nella ricerca medica, a nostro avviso, tuttavia, un modello che esuli dalla logica propria del metodo sperimentale stesso non può definirsi foriero di una conoscenza che possa considerarsi "scientifica", in quanto una metodologia di indagine basata, ad esempio, solamente sull'impiego di osservazioni naturalistiche o di indagini retrospettive, pur potendo certamente far emergere collegamenti significativi tra le variabili considerate, le quali però, configurandosi difficilmente come spiegazioni causali, risultano prive di un elevato valore predittivo, non autorizza affermazioni di efficacia di carattere generale secondo cui cioè, se si danno determinate condizioni, seguiranno sempre e comunque quegli effetti (Rossi, 1994; Wulff *et al.*, 1995; Tansella, 2003).
Tali problematiche si riverberano ed amplificano particolarmente nella ricerca nel campo delle MnC, soprattutto quando viene rimarcato il fatto che esse vengono considerate efficaci nel trattare caso per caso, individualmente, e non la malattia (Calieri, 2007-2008); infatti, in quest'ottica, onde valutare, ad esempio, la reale utilità di trattamenti farmacologici, dagli autori afferenti ai costrutti propri della MnC, viene sovente prospettato che la ricerca in questo contesto possa essere condotta solamente secondo le regole proprie del c.d. "paradigma omeopatico", ovvero adottando sistemi più consoni alla metodologia e alle caratteristiche epidemiologiche sue proprie, privilegiando, ad esempio, gli studi osservazionali rispetto ai RCT, considerati, quest'ultimi, metodologie di ricerca idealizzate ed ideali che, non riflettendo le condizioni di una popolazione reale, fatta di individui unici ed irripetibili, appaiono non realizzabili e non reali (Calieri, 2013)[4].
La ricerca medica è un procedura clinico-sperimentale avente per oggetto di studio il paziente e la sua malattia e per obiettivo la conferma della validità degli interventi volti a migliorare la risposta terapeutica. La sperimentazione clinica moderna, pertanto, rappresenta una forma di esperimento pianificato che, attraverso risultati analitico-statistici, ha lo scopo di definire quale sia il trattamento più adeguato per quella determinata condizione patologica, in quello specifico paziente (Antiseri *et al.*, 2003; Catena Dell'Osso & Marazziti, 2013). La valutazione dell'efficacia delle MnC, pertanto, nonostante tutti i limiti precedentemente evidenziati afferenti al metodo scientifico in genere e alla ricerca clinica in particolare, deve tener ben presente, a nostro avviso, quello che si delinea come un vero e proprio "vincolo epistemologico", rappresentato dall'unicità del metodo scientifico, inteso come metodo di indagine caratterizzato dalla applicazione della sequenza "problemi-congetture-tentativi di confutazione", anche se differenti possono essere le metodiche, ovvero le diverse tecniche di prova. L'unicità del metodo scientifico, sia nel campo delle scienze naturali che umane, è rappresentato, pertanto, dall'applicazione di quelle regole

[4] A tal proposito ricordiamo come le principali metodologie adottate per determinare l'efficacia di un intervento sono rappresentate in ordine decrescente di potenza scientifica dalle metanalisi, dagli studi clinici controllati randomizzati (RCT), dagli studi clinici controllati non randomizzati, dalla pratica clinica strutturata (c.d. studi naturalistici di esito) e dalle osservazioni condotte nella pratica clinica non strutturata; più ci si sposta dall'alto verso il basso di questo gradiente, maggiore è il rischio che i risultati ottenuti possano essere distorti dall'intervento di variabili non controllate (Lancia, 2010). Pertanto, parafrasando quanto notoriamente detto da Churchill in merito alla democrazia, potremmo dire che il RCT è il peggiore di tutti i disegni sperimentali, eccettuati tutti gli altri (Kotzalidis *et al.*, 2012).

decisionali e procedurali quale modo di procedere proprio della scienza razionale, caratterizzato dal proporre ipotesi quale tentativo di soluzione dei problemi, ipotesi che devono essere sottoposte a rigorosi controlli al fine di scoprire in esse eventuali errori da correggere tramite altre ipotesi anch'esse da controllare, e così via (Antisieri *et al.*, 2003). Il metodo della risoluzione dei problemi, il metodo delle congetture e delle confutazioni rappresenta quindi "un processo di investigazione che è identico per tutte le scienze" (Colozza, 1899), e a cui non può sottrarsi, a nostro avviso, alcun modello teorico da cui derivino pratiche finalizzate ad intervenire sullo stato di salute dell'uomo.

Il dibattito sulla medicina ortodossa, c.d. Scientifica, e sulle Medicine non Convenzionali, ripropone, da un punto di vista epistemologico, la questione inerente la funzione della teoria della probabilità nella conoscenza medica e del significato corretto da attribuire al dato statistico in medicina; tale questione ha attraversato il pensiero medico dal XVII secolo fino ad oggi, con posizioni alterne, dividendosi in coloro che consideravano la teoria della probabilità quale metodo conoscitivo esercitabile nell'interezza della conoscenza umana e la ricerca della verità facilitata da essa e chi, al contrario, ponendosi in una visione "olistica" della persona rilevava, data la natura medesima dell'oggetto dello studio della medicina, ovvero l'uomo nella sua dimensione di individuo sofferente, l'incompletezza dell'informazione derivante dalla sola osservazione e della raccolta di dati numerici (Radaelli, 2012). Sebbene allo stato attuale l'esercizio del dato statistico risulti imprescindibile in ogni settore della medicina, dalla ricerca epidemiologica alla ricerca clinica, si è assistito negli ultimi anni a una tale ipertrofia dei metodi statistici in medicina ricorrendo, nel tentativo di descrivere, inferire e prevedere situazioni fenomeniche sempre più complesse, a modelli matematici talmente ipertrofici e complicati da rendere, paradossalmente, sempre più difficile una corretta e critica trasposizione dal teorico al concreto, con moltiplicazione di *bias*, distorsioni ed errori interpretativi. Il dato statistico, pur rappresentando un'importante strumento conoscitivo che può contribuire, quando applicato con criteri rigorosi, alla spiegazione di fenomeni complicati, può, non di meno, rappresentare un rilevante elemento di distorsione della conoscenza qualora venga universalizzato senza una adeguata riflessione ermeneutica in merito alla sua ragionevolezza. La fallacità della traduzione logico-matematica, infatti, quando applicata a "sistemi complessi" (Gandolfi, 1999), quale può essere considerato l'uomo nella sua dimensione di "persona sofferente", non reificato a semplice malattia d'organo, deve essere, a nostro avviso, tenuta sempre presente, per il rischio assai concreto che si possa cedere alla seduzione di trasformare una verità probabilistica in verità assoluta (Radaelli, 2012); infatti un sistema complesso, a differenza di un "sistema complicato", che invece può essere "splicato" attraverso un approccio analitico, essendo caratterizzato da infinite interazioni non lineari fra le sue componenti, non può prescindere, per essere compreso nella sua complessità, dall'applicazione di un approccio conoscitivo ermeneutico. È necessario, pertanto, porre particolare cautela nel tradurre ed assegnare significato al dato statistico quando applicato al campo della medicina; il modello statistico, infatti, in quanto fondato su presupposti matematici, rappresentando uno strumento empirico finalizzato a "splicare" sistemi complicati, deterministici e pertanto non contraddittori, può senz'altro costituire uno strumento operativo, ma non assurge a mezzo per giungere ad una vera conoscenza che tenga conto della complessità della realtà dell'uomo nella sua totalità bio-psicologica, ovvero di un sistema ontologicamente complesso in cui cioè la complessità della realtà umana stessa sembra trovare nel principio-contraddizione la verità ultima dell'esistenza (*Contradictio est regula veri, non contradictio falsi*) (Hegel, 1801). In questo senso, riteniamo valevole quanto osservato da Kuhn (1978), che cioè la ricerca medica si trova attualmente in un periodo di "instabilità paradigmatica", ossia in un periodo in cui sia i ricercatori che i clinici devono riconsiderare criticamente la loro azione, il loro ruolo e la loro responsabilità nei confronti dei pazienti, in modo tale che lo scienziato stesso, alla luce del principio della scienza quale processo evoluzionistico, possa creare una nuova conoscenza attraverso la graduale modificazione del proprio paradigma di riferimento.

A nostro avviso, pertanto, il problema della scientificità delle c.d. Medicine non Convenzionali e della valutazione dell'efficacia di que-

sti trattamenti, assurge a paradigma di una riflessione critica più ampia inerente la modalità della ricerca in campo medico e l'importanza della persona intesa in senso olistico, ovvero nella sua complessità. Infatti, sebbene allo stato attuale l'allontanamento dalle indicazioni *evidence-based* verso modalità di trattamento meno validate deve considerarsi una pratica da evitare (Sackett, 1996; Bevilacqua, 2013), sia sotto il profilo scientifico che deontologico (artt. 13 e 15 CDM), ciò nonostante il processo della ricerca, della valutazione e dell'uso sistematico dei risultati dei *trial* di studio come base per le decisioni cliniche, non può non avvenire nella consapevolezza dei limiti intrinseci alla ricerca scientifica stessa, rilevandosi, pertanto, la necessità di un atteggiamento euristico fondato sull'esercizio del "metodo della complessità" quale espressione di un pensiero multidisciplinare, che richiede cioè di pensare senza mai chiudere i concetti, di ristabilire le articolazioni fra ciò che è disgiunto, ricercando, attraverso "il risvegliarsi ad un problema", le possibili soluzioni allo stesso (Cimino, 2011). In quest'ottica risulta pertanto quanto mai attuale quanto sottolineato da Augusto Murri (1924), che si impone quale sommo insegnamento e rigoroso monito, vero e proprio "faro" per approcciarsi alla realtà e cercare soluzioni ai problemi, onde rimarcare ciò che risulta effettivamente utile nella pratica medica da ciò che invece si rivela un artefatto: "Gli ingegni più acuti han sempre riconosciuto che la discussione sul metodo è la più essenziale e la più profonda".

BIBLIOGRAFIA

1. Antiseri D, Federspil G, Scandellari C. Epistemologia, clinica medica e la "questione" delle medicine "eretiche". Rubettino Scientifica, Soveria Mannelli (Catanzaro), 2003.
2. Bevilacqua L. La medicina basata sull'evidenza. In: Palmieri G. Terapia medica italiana. Breviario Medico. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2013.
3. Bruni A. Le medicine non convenzionali sono medicine scientifiche? In: http://utenti.unife.it/alessandro.bruni/insegnamenti/did-2007-08.
4. Calieri R. Evidence Based Medicine nella Teoria Omeopatica: stato dell'arte e ipotesi di lavoro. Tesi C.A.F. Università di Bologna, A.A. 2007-2008.
5. Calieri R. La ricerca in omeopatia ha le proprie regole nel paradigma omeopatico. Bollettino Notiziario, Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna, n°7 luglio 2013.
6. Cimino L. Recensione di "Vittime e istituzioni locali. Quale dialogo?". Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza 1(V): 15-7, 2011.
7. Colozza GA. L'immaginazione della scienza. Appunti di psicologia e pedagogia. Ditta G.B. Paravia e Comp., Torino-Roma-Milano-Firenze-Napoli, 1899.
8. Dell'Osso MC, Marazziti D. Linee guida terapeutiche: limiti e vantaggi. In: Marazziti D (a cura di) Psicofarmacoterapia clinica. V edizione. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2013.
9. Gandolfi A. Formicai, imperi, cervelli, introduzione alla scienza della complessità. Bollati Boringhieri, Torino, 1999.
10. Hegel GWF. Habilitationsthesen (agosto 1801). In: Jenaer Schriften, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1986, p. 533.
11. Kotzalidis GD, Savoja V, Pancheri L, Cuomo I, Brugnoli R. Placebo, effetto placebo e risposta al placebo: precisazioni terminologiche. In: Girardi P, Brugnoli R (a cura di). Manuale di farmacoterapia psichiatrica. Pacini Editore SpA, Pisa, 2014.
12. Kuhn TS. La struttura delle rivoluzioni scientifiche, tr.it. Einaudi, Torino, 1978.
13. Lancia U. Guida alla ricerca clinica. Il pensiero Scientifico Editore, Roma, 2010.
14. Maestri E, Formoso G. Storie di fantasmi ed ospiti illustri alla corte del (fa)Re Ricerca. Informazioni sui farmaci 37(2): 53-56, 2013.
15. Murri A. Precetti e pensieri. Gnudi A, Vedrani A (a cura di). Zanichelli, Bologna, 1924.
16. Pandolfi M, Carreras G. The faulty statistics of complementary alternative medicine (CAM). Eur J Intern Med. 2014 Sep; 25(7):607-9
17. Popper KR. Congetture e confutazioni, tr.it. Il Mulino, Bologna, 1985.
18. Popper KR. La logica della scoperta scientifica, tr.it. Einaudi, Torino, 1970.
19. Popper KR. Poscritto alla logica della scoperta scientifica. 1. Il realismo e lo scopo della scienza, trad.it. Il Saggiatore, Milano, 1984.
20. Popper KR. Problemi, scopi e responsabilità della scienza. In: Scienza e filosofia, trad.it.. Einaudi, Torino, 1969.
21. Radaelli G. Significato del dato statistico in medicina. In: Cucci M, Gennari G, Gentilomo A. L'uso della prova scientifica nel processo penale. Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2012.
22. Rossi N. Il problema del metodo e della teoria. In: Trombini G. (a cura di) Introduzione alla clinica psicologica. Zanichelli, Bologna, 1994.
23. Russel B. Storia della filosofia occidentale, tr.it. Mondadori, Milano, 1987.
24. Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 312(7023): 71-2, 1996.
25. Tansella M. La valutazione dell'esito delle cure e dei trattamenti nella pratica psichiatrica di routine. In: Lasalvia A, Ruggeri M. L'esito della schizofrenia. Gli studi internazionali e i dati italiani. Centro Scientifico Editore, Torino, 2003.
26. Walach H, Roberti di Sarsina P, Tassinari M. Data about (complementary and alternative) medicine are irrelevant, because we are all Bayesians. Eur J Intern Med. 2015 May; 26(4):e10-1.
27. Wichers M, van Os J. Metodi di ricerca in psichiatria. In: Murray RM, Kendler KS, McGuffin P, Wessely S, Castle DJ. Fondamenti in psichiatria. trad. it. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2011.
28. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Filosofia della medicina. RaffaelloCortinaEditore. Milano, 1995.

Relazione sul Convegno Nazionale 2015 dell'Associazione Malati Insieme Onlus di Bologna

L'edizione 2015, che ha ricevuto il patrocinio dell'Ordine dei Medici di Bologna, si è svolta nell'arco di due giornate e ha avuto quale tema congressuale "La Persona sempre al Centro".
Come in ogni altra edizione, il contributo dei pazienti e dei volontari della Onlus ha avuto un ruolo centrale strettamente legato agli interventi dei medici relatori.
È stata presentata la prima revisione sistematica della Malattia di Menière centrata sul paziente da parte della giovane ricercatrice Dott. ssa Maria Teresa Tassinari di Modena.
È intervenuto il Dott. Aldo Bruno, chirurgo vascolare di Benevento, che ha trattato il rapporto tra l'Insufficienza venosa cronica cerebro spinale (CCSVI) e la Malattia di Menière.
Il Prof. Eleuterio F. Toro, Università di Trento, ha trattato dell'impatto dell'emodinamica cerebrale nella CCSVI.
Il Dott. Luigi Califano, di Benevento, è intervenuto sulla valutazione di esito dell'intervento di angioplastica dilatativa percutanea (Pta) su pazienti affetti da Malattia di Menière.
Il Dott. Elio Cunsolo, di Modena, ha spaziato tra le certezze e i dubbi che tuttora avvolgono la Malattia di Menière.
La relazione del Dott. Pier Paolo Cavazzuti e della Dott.ssa Gianna Vitagliano, Osp. Maggiore di Bologna, ha riguardato la riabilitazione vestibolare.
Molto importante, come sempre, la sessione di domande e risposte tra i malati e i relatori intervenuti.
Il convegno si è concluso con la abituale, gioiosa, convivialità che i malati provenienti da tutte le parti di Italia hanno e la cui relazione è per tutto l'anno quotidianamente rafforzata e mantenuta da un attivissimo gruppo sociale su Facebook, coordinato dalla presidente Cav. Nadia Gaggioli a cui i malati hanno donato le insegne dell'Onorificenza di Cavaliere dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana recentemente conferitole dal Presidente della Repubblica.

FEDER.S.P.EV.
Pensionati Sanitari
Sede Bologna: 051/614.53.65

L'oggi e il domani

Gli anestesisti-rianimatori a congresso

Dopo il I congresso del 1935, si è tenuto a Bologna il 69 Congresso Nazionale della Società Italiana di Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e Terapia Antalgica ed Iperbarica (S.I.A.A.R.T.I.) presso il Padiglione Fiera, con la presenza di oltre 3.000 partecipanti.
All'importante evento scientifico annuale hanno portato il proprio contributo circa 250 relatori italiani e stranieri, trattando argomenti – in tavole rotonde e Relazioni – in tema di Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva, Antalgica ed Iperbarica, temi ai quali ogni giorno l'Anestesista dedica la propria opera professionale negli Ospedali del nostro Paese.
Il Congresso è stato arricchito da numerosi simposi, corsi di aggiornamento teorico-pratico, simulazioni e work shop ai quali hanno aderito tanti giovani anestesisti e specializzandi, a dimostrazione della "voglia di imparare"; le giovani leve hanno contribuito anche con la personale partecipazione attraverso comunicazioni orali (93) e presentazione di poster (239), frutto delle proprie esperienze dirette, a dimostrazione del vivo e diffuso interesse verso diverse tematiche e a conferma della vitalità della disciplina.
Da rimarcare le sedute scientifiche organizzate con altre società nazionali ed internazionali su specifici argomenti, ricevendo e portando ulteriori conoscenze interdisciplinari, utili al miglioramento dell'attività dell'Anestesista-Rianimatore.
Un'altra importante annotazione: durante il Congresso si sono svolte le votazioni per il rinnovo degli Organi dirigenziali della Società; è risultata eletta per il triennio 2018-2021 la Professoressa Flavia Petrini, con un ampio suffragio (di 919 verso i 620 dell'altro competitor). La Professoressa Petrini appartiene alla Scuola anestesiologica bolognese e rappresenta la continuazione della tradizione della scuola alla Presidenza S.I.A.A.R.T.I., iniziata dal Prof. Cetrullo nel 1980 e, poi, dal Prof. Martinelli nel 1997.

Prof.ssa Petrini, Presidente eletto alla Società Scientifica.

Attualmente la Prof.ssa Petrini è Professore Ordinario (da oltre 10 anni) presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Chieti; l'alto riconoscimento alla Presidenza della Società è frutto del suo impegno costante, della sua elevata professionalità, della sua preparazione scientifica apprezzata a livello nazionale ed internazionale, alle sue capacità "manageriali" ed alle sue doti morali ed umane; il suo senso di appartenenza alla Scuola bolognese (e a Bologna) completano la figura della nuova Presidente della Società scientifica degli Anestesisti italiani. A completamento della cronaca dell'Evento è da annoverare anche l'elezione del Dott. Maurizio Fusari, quale rappresentante dell'Emilia Romagna e del Dott. Maurizio Menarini, quale responsabile dell'Area delle Emergenze, che entrano a far parte dell'attuale Consiglio Direttivo S.I.A.A.R.T.I.

Un partecipante al Congresso
Gerardo Martinelli
(già Ordinario di Anestesia e Rianimazione dell'Università di Bologna)

La Cao dà il benvenuto ad Allenza Odontoiatrica

La **CAO** dà il benvenuto ad **Alleanza Odontoiatrica** nel panorama delle associazioni odontoiatriche della nostra città. I sindacati **ANDI** e **AIO** insieme con l'associazione culturale **COI**, hanno raccolto il nostro invito a confrontarsi andando oltre le specificità che li contraddistinguono. Il dialogo inter-associativo che si è concretizzato con la nascita di Alleanza Odontoiatrica, rappresenta oggi un importante passo in avanti della nostra categoria verso una unitarietà di intenti e di azione. Le sfide che ci aspettano in questo momento difficile per la nostra Professione, devono essere affrontate con la consapevolezza che solo uniti avremo la possibilità fronteggiare questo periodo di grandi cambiamenti.

Dott. Corrado Bondi
Presidente CAO

ALLEANZA ODONTOIATRICA
È stato presentato alla CAO dell'ODMCeO della Provincia di Bologna, lo statuto/regolamento della neonata "Alleanza Odontoiatrica".
Di cosa si tratta? Ormai da diverso tempo l'Odontoiatria locale e nazionale versa in uno stato di malessere e disordine, secondario a molti fattori. La pesante crisi economica, l'intervento di forme legislative apparentemente votate al miglioramento della libera concorrenza, la dubbia offerta di prestazioni sanitarie estere e tante altre concause, hanno condotto il "mercato" odontoiatrico – anche se il termine è assolutamente improprio – in uno stato di assoluta confusione, procedurale, etica e deontologica, a tutto discapito della qualità delle prestazioni e della tutela della salute dei pazienti. Per una specifica e sentita volontà dei direttivi provinciali delle tre principali associazioni del settore (ANDI, AIO E COI), si è pensato di creare un tavolo inter associativo di confronto sulle problematiche che insistono sulla nostra Professione.
Alleanza Odontoiatrica avrà non solo il compito di facilitare il dialogo tra le associazioni di categoria, ma si farà carico di azioni concrete e comuni a favore della Professione.

Dott. Paolo Iori
Coordiantore di Alleanza Odontoiatrica

FONDOSANITÀ

ULTIMA CHIAMATA 2015!

FondoSanità

Entro il 30 dicembre hai ancora la possibilità di **risparmiare sino a 5164,57 euro di tasse**, accantonandoli nell'unico Fondo previdenziale riservato ai Medici ed agli Odontoiatri.

Daniela Brienza e **Laura Moroni -** Segreteria FONDOSANITÀ
Piazza Vittorio Emanuele II, 78 - 00185 Roma - Tel: 06.48294333 fax 06.48294284
e-mail: segreteria@fondosanita.it - www.fondosanita.it

Comunicazione FNOMCeO 61

Avviso di sospensione dell'utilizzo di tutti i prodotti SILIMED Ltda.
Il Ministero della Salute ci ha inviato l'allegato avviso concernente la sospensione temporanea dell'utilizzo dei dispositivi medici prodotti dalla ditta brasiliana SILIMED. Trattandosi di informazioni particolarmente delicate e riguardanti direttamente la tutela della salute, chiediamo a tutti i Presidenti di dare la massima informazione agli iscritti portandoli a conoscenza, con i mezzi più opportuni, della nota stessa.
Grati per la collaborazione, porgiamo cordiali saluti.
IL PRESIDENTE
Dott.ssa Roberta Chersevani

OGGETTO: Dispositivi Medici
Settore: dispositivi protesici impiantabili, protesi mammarie, sistemi per misurazioni di impianti, espansori mammari.
Avviso di sospensione dell'utilizzo di tutti i prodotti SILIMED Ltda.
Motivo della Comunicazione:
In data 18 settembre 2015 l'autorità tedesca ZLG (Autorità centrale dei Laender per la salute, i farmaci e prodotti sanitari) ha comunicato a tutte le Autorità competenti dell'Unione europea la sospensione temporanea, da parte del proprio organismo notificato Tuv Sud, del certificato CE per i dispositivi medici prodotti dalla ditta brasiliana SILIMED. Il Tuv Sud ha adottato tale provvedimento dopo aver condotto un'ispezione al sito produttivo Brasiliano di Silimed. L'audit ha permesso di evidenziare la presenza di residui di materiale non previsto sulla superficie di alcuni prodotti. Ciò non garantisce la conformità dei dispositivi medici come richiesto nella direttiva Europea 93/42/EEC; un dispositivo medico non può essere commercializzato in Europa senza una certificazione CE valida. A seguito di tale comunicazione tutte le Autorità competenti si sono ripetutamente confrontate attraverso teleconference organizzate dall'Agenzia regolatoria britannica MHRA per una definizione coordinata delle azioni da intraprendere ai fini della tutela della salute pubblica L'Autorità tedesca (responsabile dell'Organismo notificato Tuv Sud) e l'Autorità Belga AFMPS (Responsabile del mandatario europeo OBELIS S.A.) hanno coordinato l'acquisizione di informazioni aggiuntive sull'accaduto e le azioni correttive da far intraprendere al fabbricante. La Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico ha prontamente ed in via precauzionale, in accordo con Vedise Hospital, unico distributore dei prodotti SILIMED in Italia, provveduto a sospendere l'utilizzo di ogni dispositivo ricompreso nel certificato sospeso. Tutte le Autorità Competenti dell'VE, fra cui anche l'Italia, stanno provvedendo affinché vengano eseguite ulteriori indagini su campioni di dispositivi a marchio SILIMED. Il Ministero della Salute ritiene, come gli altri stati membri, di non intraprendere, al momento, alcuna azione sui pazienti impiantati poiché ad oggi non sussistono evidenze che possano far ritenere l'esistenza di rischi per la loro sicurezza. Per quanto suddetto e pur non avendo ricevuto segnalazioni relative ai dispositivi in questione da parte degli utilizzatori del prodotto, la Direzione Generale emana raccomandazioni a tutto il personale medico e a tutti gli operatori coinvolti nella catena di distribuzione sul territorio Italiano.
Raccomandazioni della Direzione Generale:
Tutti i Distributori coinvolti nella gestione dei dispositivi medici prodotti dalla ditta SILIMED devono immediatamente bloccarne la vendita. Tutte le Strutture Sanitarie e gli Operatori Sanitari in possesso di prodotti a marchio SILIMED devono immediatamente bloccarne l'utilizzo/impianto e mettere i prodotti in quarantena sino a nuove direttive.
I dispositivi oggetto della quarantena sono:
– Impianti di silicone per chirurgia plastica: impianti mammari, pettorali, dei glutei, dei polpacci, per la chirurgia della mano, facciali, del naso, espansori tissutali, fogli in silicone con rinforzo per la chirurgia della mammella.
– Chirurgia bariatrica: bendaggi gastrici e palloncini,
–Impianti per urologia: impianti dei testicoli, del pene, conformatoti vescicali, costrittori periur etali, tubi per ipospadia, stent vaginali,
– Impianti di silicone per chirurgia generale,
– Dispositivi per misurazione di impianti di silicone.
Azioni:
Tutti Distributori coinvolti nella gestione dei dispositivi medici prodotti dalla ditta SILIMED e tutte le Strutture Sanitarie e gli Operatori Sanitari in possesso di prodotti a marchio SILIMED devono dare conferma alla VEDISE Hospital, Unico Distributore Italiano, della messa in qua-

rantena dei prodotti. VEDISE Hospital ha già provveduto ad informare tutti i clienti. Il Ministero della Salute è costantemente in contatto con la VEDISE Hospital per verificare che le azioni intraprese al momento sul territorio siano completate.
Note:
Ad oggi non sussistono evidenze che possano far ritenere l'esistenza di rischi per la sicurezza dei pazienti impiantati. Pertanto nessuna azione è, al momento, prevista sui pazienti impiantati in tutta Europa. Dal 2012 ad oggi, in Italia sono stati notificati solo 24 incidenti con dispositivi a marchio SILIMED su un totale di 20.414 impiantati. La tipologia degli incidenti registrati in Italia, non può essere correlata alle non conformità riscontrate dall'organismo notificato tedesco sui prodotti SILIMED. La scrivente Direzione Generale si riserva di dare aggiornamenti della presente circolare nel caso di ulteriori informazioni. La presente nota sarà pubblicata sul portale del Ministero della Salute al seguente indirizzo web: http:www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema-Dispositivi medici e altri prodotti&area=dispositivi-medici.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Marcella Marletta

***

Comunicazione FNOMCeO 66

Razionalizzazione e semplificazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro.
Cari Presidenti,
si ritiene opportuno segnalare le modifiche apportate dal D.Lgs. 151/15 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 23 settembre 2015 - Supll. Ordinario n. 53) in ordine alla fattispecie indicata in oggetto, in quanto risultano essere di particolare interesse per i medici e gli odontoiatri. L'art. 53, comma 4, del D.P.R. n. 1124/65 come modificato dall'art. 21 comma 1, lett. b), del D.Lgs. 151/15 prevede che "la denuncia dell'infortunio ed il certificato medico trasmesso all'Istituto assicuratore, per via telematica, direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio, nel rispetto delle relative disposizioni, debbono indicare, oltre alle generalità dell'operaio, il giorno e l'ora in cui è avvenuto l'infortunio, le cause e le circostanze di esso, anche in riferimento ad eventuali deficienze di misure di igiene e di prevenzione, la natura e la precisa sede anatomica della lesione, il rapporto con le cause denunciate, le eventuali alterazioni preesistenti".
Il comma 8 dell'art. 53 del D.P.R n. 1124/65 come modificato dall'art. 21, comma 1, lett. b), n. 5, del D.Lgs. 151/15 dispone che "qualunque medico presti la prima assistenza a un lavoratore infortunato sul lavoro o affetto da malattia professionale è obbligato a rilasciare certificato ai fini degli obblighi di denuncia di cui al presente articolo e a trasmetterlo esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore".
Il comma 9 dell'art. 53 del D.P.R n. 1124/65 come modificato dall'art. 21, comma 1, lett. b), n. 5, del D.Lgs. 151/15 prevede che "ogni certificato di infortunio sul lavoro o di malattia professionale deve essere trasmesso esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore, direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio, contestualmente alla sua compilazione". Il comma 2 dell'art. 21 del D.Lgs.151/15 stabilisce che tali modificazioni hanno efficacia a decorrere dal centottantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore del presente decreto. È opportuno ricordare che in ordine a tali modifiche questa Federazione, con nota Prot. 9138 del 30.09.2015 inviata al Ministro della Salute, ha evidenziato forti elementi di criticità e all'uopo ha chiesto un incontro. Si riportano di seguito alcune modificazioni apportate dal D.Lgs. 151/15 al D.Lgs. 81/08 anche noto come "Testo unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro". Tali disposizioni sono di interesse per gli Ordini provinciali e per gli studi medici e odontoiatrici con lavoratori ai fini del rispetto della normativa sulla sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro.
L'art. 20, comma 1, lett. g), n. 2), del D.Lgs. 14 settembre 2015, n. 151 ha modificato l'art. 34 del D.Lgs 81/08 (Svolgimento diretto da parte del datore di lavoro dei compiti di prevenzione e protezione dei rischi). In particolare è stata soppressa la possibilità riconosciuta al datore di lavoro, che operi nelle imprese o unità produttive fino a cinque lavoratori, di potere svolgere direttamente i compiti di primo soccorso, nonché di prevenzione degli incendi e di evacuazione, anche in caso di affidamento dell'incarico di responsabile del servizio di prevenzione e protezione a persone interne all'azienda o all'unità produttiva o a servizi esterni. Resta ferma la possibilità del datore di lavoro nelle ipotesi previste nell'allegato 2 del D.Lgs. 81/08 (All. n. 1) di poter svolgere direttamente i compiti propri del servizio di prevenzione e protezione dai rischi, di primo soccorso, nonché di prevenzione incendi e di evacuazione,

salvo che nei casi di cui all'articolo 31, comma 6 (centrali termoelettriche, industrie estrattive con oltre 50 lavoratori, strutture di ricovero e cura pubbliche e private con oltre 50 lavoratori ecc.).
L'art. 20 del D.Lgs 151/15 ha modificato l'impianto sanzionatorio del D.Lgs. 81/08. In particolare in caso di violazione delle disposizioni previste dall'articolo 18, comma 1, lettera g), e dall'articolo 37, commi 1, 7, 9 e 10, se la violazione si riferisce a più di cinque lavoratori, gli importi della sanzione sono raddoppiati, se la violazione si riferisce a più di dieci lavoratori, gli importi della sanzione sono triplicati.
Si rileva che la nuova previsione è inerente alle seguenti violazioni: 1. Art. 18, comma 1, lettera g): mancato invio dei lavoratori alla visita medica periodica entro la scadenze previste dal programma di sorveglianza sanitaria e mancata richiesta al medico competente dell'osservanza degli obblighi previsti a suo carico. Sanzione prevista: ammenda da 2.192,00 a 4.384,00 euro (Art. 55, comma 5, lettera e); 2. Art. 37, comma 1: mancata o inadeguata formazione del lavoratore in materia di salute e sicurezza. Sanzione prevista: arresto da due a quattro mesi o ammenda da 1.315,20 a 5.699,20 euro (art. 55, comma 5, lettera c); 3. Art. 37, comma 7: mancata o inadeguata formazione dei dirigenti e dei preposti in materia di salute e sicurezza sul lavoro. Sanzione prevista: arresto da due a quattro mesi o ammenda da 1.315,20 a 5.699,20 euro (art. 55, comma 5, lettera c); 4. Art. 37, comma 9: mancata o inadeguata formazione dei lavoratori incaricati dell'attività di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave ed immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza. Sanzione prevista: arresto da due a quattro mesi o ammenda da 1.315,20 a 5.699,00 euro (art. 55, comma 5, lettera c); 5. Art. 37, comma 10: mancata od insufficiente formazione del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza. Sanzione prevista: arresto da due a quattro mesi o ammenda da 1.315,20 a 5.699,20 euro (art. 55, comma 5, lettera c).

All. 1 - D.Lgs. 09/04/2008, n. 81

Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
Pubblicato nella Gazz. Uff. 30 aprile 2008, n. 101, s.o.
Allegato II
Casi in cui è consentito lo svolgimento diretto da parte del datore di lavoro dei compiti di prevenzione e protezione dai rischi (art. 34)[1]
In vigore dal 20 agosto 2009
1. Aziende artigiane e industriali[2] fino a 30 lavoratori
2. Aziende agricole e zootecniche fino a 30 lavoratori
3. Aziende della pesca fino a 20 lavoratori
4. Altre aziende fino a 200 lavoratori

[1] Escluse le aziende industriali di cui all'art. 1 del decreto del Presidente della Repubblica. n. 17 maggio 1988, n. 175, e successive modifiche, soggette all'obbligo di dichiarazione o notifica ai sensi degli articoli 4 e 6 del decreto stesso, le centrali termoelettriche, gli impianti ed i laboratori nucleari, le aziende estrattive e altre attività minerarie, le aziende per la fabbricazione ed il deposito separato di esplosivi, polveri e munizioni, le strutture di ricovero e cura sia pubbliche sia private.
[2] Allegato così sostituito dall'art. 149, comma 1, D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106.

***

Comunicazione FNOMCeO 68

Fatturazione e regime fiscale dei compensi da versare ai medici, dipendenti in rapporto esclusivo, che svolgono attività di CTU.

Cari Presidenti,
si ritiene opportuno trasmettere la Risoluzione n. 88/E del 19 ottobre 2015 dell'Agenzia dell'Entrate recante "Interpello - Art. 11, legge 27 luglio 2000, n. 212. Fatturazione e regime fiscale dei compensi da versare ai medici, dipendenti in rapporto esclusivo, che svolgono attività di consulente tecnico d'ufficio (CTU), artt. 1, comma 209, della L. n. 244 del 2007 e 50 e ss. del TUIR".
Si rileva in particolare che l'Agenzia dell'Entrate ha affermato che il medico dipendente, in rapporto esclusivo, dell'azienda sanitaria, qualora effettui solo in via occasionale prestazioni medico-legali, non è obbligato all'apertura della partita IVA né all'emissione di fattura elettronica.

L'Agenzia dell'Entrate rileva che, per stabilire se è necessario o meno ricorrere alla fatturazione elettronica quando ci si trovi in relazione con una pubblica amministrazione, la regola cardine del sistema è quella che impone di verificare se un'operazione sia rilevante ai fini IVA e, in caso affermativo, considerare la natura del committente/cessionario: solo qualora si tratti di pubblica amministrazione sarà necessario procedere alla fatturazione elettronica, salvo le ipotesi in cui forme alternative di documentazione siano legislativamente previste.
L'Agenzia delle Entrate richiama poi quanto già chiarito in precedenti documenti di prassi (Risoluzione n. 42/E del 2007) ossia che per i medici, dipendenti in rapporto esclusivo, autorizzati a espletare consulenze medico-legali a titolo personale al di fuori dell'attività intramuraria, occorre distinguere l'ipotesi in cui le prestazioni siano rese all'autorità giudiziaria nell'ambito di un procedimento penale da quella in cui tali prestazioni siano rese nel quadro di un giudizio civile o eseguite per finalità assicurative, amministrative e simili.
Nella prima ipotesi (giudizio penale), l'attività di consulenza prestata costituisce esercizio di pubblica funzione e, in base all'art. 50, comma 1, lettera f), del D.P.R. n. 917 del 1986 (TUIR), non è di per sé idonea a configurare il presupposto soggettivo ai fini IVA, in quanto può essere ricondotta all'esercizio di attività professionali o all'esercizio d'impresa solo se posta in essere da un soggetto che svolge altre attività di lavoro autonomo o d'impresa. Eventualità nella quale l'attività di consulenza tecnica d'ufficio, assumendo rilievo ai fini IVA, sarebbe da assoggettare a imposta e da documentare con fattura elettronica.
Quanto alla seconda ipotesi (prestazioni rese nell'ambito di un giudizio civile o eseguite per finalità assicurative, amministrative e simili), l'Agenzia delle Entrate osserva che, se la consulenza è svolta con carattere di abitualità da parte del professionista, il relativo reddito dovrà essere assoggettato al regime del reddito di lavoro autonomo (art. 53 del TUIR). Ne consegue l'applicabilità della disciplina prevista per i redditi di natura professionale (art. 54 del TUIR), che implica, sotto il profilo dell'imposta sul valore aggiunto, non solo il necessario possesso (o apertura) della partita IVA, ma anche l'obbligo della fatturazione elettronica quando chi eroga i compensi è una pubblica amministrazione.
Al fine di consentire un esame più approfondito della materia si allega copia della Risoluzione indicata in oggetto (All. n. 1).
Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
Dott.ssa Roberta Chersevani

All. 1 - Risoluzione N. 88/E
Roma, 19 ottobre 2015
OGGETTO: Interpello -Art. 11, legge 27 luglio 2000, n. 212. Fatturazione e regime fiscale dei compensi da versare ai medici, dipendenti in rapporto esclusivo, elle svolgono attività di consulente tecnico d'ufficio (CTU), arti. I, comma 209, della L. n. 244 del 2007 e 50 e ss. del TUIR.
Con l'interpello specificato in oggetto, concernente l'interpretazione dell'art. 1, comma 209, della L. n. 244 del 2007, è stato posto il seguente
QUESITO
L'istituto Nazionale Previdenza Sociale, "INPS" (di seguito anche "l'istante" o "l'istituto"), chiede di conoscere quale sia il regime fiscale da applicare ai compensi che devono essere versati ad un professionista, nella specie medico geriatra alle dipendenze di una Azienda Sanitaria Locale (ASL), il quale ha svolto l'attività di consulente tecnico d'ufficio (CTU) nel corso di un giudizio avanti il Tribunale di ...
In particolare, l'istituto domanda se i compensi vadano assoggettati ad imposta sul valore aggiunto (IVA), con eventuale fattura elettronica e quali redditi producano.
SOLUZIONE INTERPRETATIVA PROSPETTATA DAL CONTRIBUENTE
L'INPS è dell'avviso che il medico non presti servizio occasionale, essendo iscritto negli albi di CTU e Periti presso il Tribunale, rendendo, quindi, prestazioni con tendenziale carattere di periodicità e abitualità. L'INPS rileva, altresì, la sua impossibilità a pagare i corrispettivi in assenza di una fattura elettronica.
PARERE DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE
In primo luogo, occorre rammentare che con propria nota prot. n. 124721 del 2 ottobre 2014, ripresa poi sul sito istituzionale dell'INPS (cfr. il messaggio n. 7842 del 20 ottobre 2014, disponibile per la consultazione all'indirizzo http://www.inps.it/bussola/VisualizzaDoc.aspx?sVirtualURL=%2FMessaggi%2FMessaggio%20numero%207842%20del%2020-1 0-20 14.htm), nel rispondere ad altro interpello presentato dall'istituto (n ..../2014), la scrivente ha già evidenziato che la disciplina in materia di fatttura elettronica – secondo le modifiche recate al D.P.R. n. 633 del1972

dalla legge di stabilità 2013 (legge n. 228 del 2012) – non ha creato una categoria sostanziale nuova o diversa dalla fattura "ordinaria", con la conseguenza che, pur nel limite della compatibilità con gli elementi che la caratterizzano, continuano a trovare applicazione tutti i chiarimenti già in precedenza emanati in riferimento generale alla fatturazione, nonché le deroghe previste da specifiche disposizioni normative di settore.
Tale indicazione è, altresì, valida nell'ambito delle forniture di beni e servizi nei confronti delle Pubbliche Amministrazioni, laddove, dal 31 marzo 2015, la fatturazione elettronica è l'unica modalità di certificazione dei corrispettivi ammessa (cfr. il D.M. n. 55 del 2013, recante "regolamento in materia di emissione, trasmissione e ricevimento della fattura elettronica da applicarsi alle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 1, commi da 209 a 213, della legge 24 dicembre 2007, n. 244", nonché il successivo D.L. n. 66 del 2014, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della L. 23 giugno 2014, n. 89).
Va notato, infatti, che sebbene abbiano previsto una modalità obbligatoria di fatturazione, le disposizioni emanate non hanno introdotto, per quanto qui interessa, nuove ipotesi di operazioni soggette ad obbligo di fatturazione ex articolo 21 del D.P.R. n. 633 del 1972, né abrogato le disposizioni previgenti che già consentivano forme alternative di documentazione delle operazioni imponibili.
In altre parole, regola cardine del sistema è quella che impone di verificare se un'operazione sia rilevante ai fini dell'IVA (soggettivamente ed oggettivamente) e, in caso affermativo, considerare la natura del committente/cessionario: solo qualora egli sia uno dei soggetti legislativamente individuati come "pubblica amministrazione" (cfr., da ultimo, la circolare n. 1/DF del 9 marzo 2015) sarà necessario procedere alla fatturazione elettronica, salve le ipotesi in cui forme alternative di documentazione siano legislativamente previste.
Venendo al caso rappresentato, in precedenti documenti di prassi (cfr., in specie, la risoluzione n. 42/E del 2007), si è chiarito che per i medici, dipendenti in rapporto esclusivo, autorizzati ad espletare la consulenza medico-legale a titolo personale al di fuori dell'attività intramuraria, occorre distinguere due eventualità: a) quella in cui le prestazioni medico-legali siano rese all'Autorità giudiziaria, nell'ambito del procedimento penale; b) quella in cui tali prestazioni siano rese nel quadro di un giudizio civile o eseguite per finalità assicurative, amministrative e simili.
Nel primo caso (giudizio penale), l'attività di consulenza prestata costituisce esercizio di pubblica funzione. Il trattamento fiscale dei relativi compensi va, quindi, determinato ex articolo 50, comma l, lettera f), del D.P.R. n. 917 del 1986 (TUIR).
Siamo di fronte, pertanto, a compensi rientranti tra i redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente, i quali, tuttavia, in base alla stessa disposizione, perdono tale qualificazione per essere attratti nella categoria reddituale propria del soggetto esercente la pubblica funzione, nell'ipotesi in cui questi svolga attività di lavoro autonomo o di impresa.
Le attività che costituiscono pubbliche funzioni, secondo la previsione del richiamato articolo 50, lettera f), infatti, non sono di per sé idonee a configurare il presupposto soggettivo ai fini IVA, in quanto possono essere ricondotte all'esercizio di attività professionali o all'esercizio d'impresa solo se poste in essere da soggetti che svolgono altre attività di lavoro autonomo o d'impresa.
In tale ultima ipotesi, l'attività di consulenza tecnica d'ufficio nell'ambito di un giudizio penale assume rilievo anche ai fini IVA, con la conseguenza che la prestazione è assoggettata al tributo e deve essere documentata con fattura elettronica.
Quanto alla fattispecie prima richiamata sub b) – prestazioni rese nell'ambito di un giudizio civile o eseguite per finalità assicurative, amministrative e simili – se l'attività di consulenza è svolta con carattere di abitualità da parte del professionista, il relativo reddito dovrà essere assoggettato al regime proprio del reddito di lavoro autonomo, di cui all'articolo 53 del TUIR.
Ne deriva l'applicabilità della disciplina prevista per i redditi di natura professionale dell'articolo 54 del TUIR che implica, sotto il profilo dell'imposta sul valore aggiunto, non solo il necessario possesso (o apertura) della partita IVA, ma anche l'obbligo di fatturazione elettronica (laddove chi eroga i compensi abbia la qualifica soggettiva indicata nella citata circolare n. 1/DF del 2015).
Qualora, invece, l'attività di consulenza medico-legale sia prestata in maniera occasionale, i relativi onorari vanno qualificati come redditi diversi – ex articolo 67, comma l, lettera 1), del TUIR – poiché trattasi di compensi derivanti da attività di lavoro autonomo non esercitate abitualmente.
In quest'ultima eventualità, atteso l'esercizio non abituale, le operazioni restano escluse dal

campo di applicazione dell'IVA per carenza del presupposto soggettivo previsto dall'articolo 5 del D.P.R. n. 633 del 1972.
Ne deriva che il medico dipendente, in rapporto esclusivo, dell'azienda sanitaria, qualora effettui solo in via occasionale prestazioni medico-legali, non è obbligato all'apertura della partita IVA né all'emissione di fattura elettronica.
In questo senso, fermo restando che la valutazione dell'occasionalità, da effettuare caso per caso, esula da quelle esperibili in tale sede – né sarebbe comunque possibile, stante l'omessa indicazione nell'istanza presentata di specifici riferimenti in merito – giova ricordare che l'iscrizione volontaria in apposito albo professionale può costituire indizio di abitualità: «l'abitualità dell'esercizio professionale, non identificabile con la sua esclusività (come espressamente ribadisce il citato art. 5), è insita nella volontaria iscrizione del professionista nell'albo dei consulenti tecnici, costituente titolo per l'affidamento di compiti in modo ricorrente, secondo criteri di rotazione, non in via meramente occasionate o saltuaria» (così Cass. Civ. n. 2297 del 27 marzo 1987).
Le Direzioni regionali vigileranno affinché i principi enunciati e le istruzioni fornite con la presente risoluzione vengano puntualmente osservati dalle Direzioni provinciali e dagli Uffici dipendenti.

IL DIRETTORE CENTRALE

Responsabilità civile Professionale del Medico

Con la sua iscrizione all'Ordine dei medici, Lei ha diritto per tre anni alla copertura assicurativa per la Responsabilità civile Professionale del Medico con la speciale Formula Young, di Assicuratrice Milanese.

ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

-NESSUNO SCOPERTO PER DANNI A PERSONE.
-TUTELA LEGALE PENALE E CIVILE ILLIMITATA.
-MASSIMALE DI GARANZIA € 2.000.000,00.

PREMIO € 250,00

N.B.: La responsabilità civile Professionale Formula Young è riservata esclusivamente ai medici nei primi tre anni di iscrizione all'ordine Professionale e cessa alla prima scadenza annuale oltre tale limite.

Per informazioni :

GAFEMAR SRL
VIA SABATINI, 3 40133 BOLOGNA 05119980051 info@gafemar.it
Riferimento: Giuseppe Verardi 3384058137
Gafemar srl è un Intermediario Assicurativo iscritto al Registro IVASS (RUI) al n. A000348325

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 2 novembre 2015

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
ABUALHIN MOHAMMAD	Via Giuseppe Dagnini, 5 – Bologna	329/88.94.485
ANCARANI ELENA	P.zza La Veneta, 7 – Bologna	333/86.72.020
ANELLI LORENZO	Via Gramsci, 4 – Argelato	320/87.09.962
BANDINI ALESSANDRO	Via Milana, 4 – Imola	335/29.00.63
BEGHINI ALBERTO	Via Dante, 22 – Imola	0542/34.42.29
BERTONCELLI MARCO	Via Mengoli, 31/2 – Bologna	051/71.67.565/339/22.98.893
BERTONCELLI SARA	Via R.Mondolfo, 9 – Bologna	340/54.22.924
BRUNO MARIA CARMELA	P.tta Carlo Musi, 12 – Bologna	328/01.99.122
CARDIGLIANO MARIA ANGELA	Via S.Donato, 43/3 – Bologna	345/30.15.769
CARLINI ELEONORA	Via Giuseppe Petroni, 19 – Bologna	328/08.55.289
CARPANI GIULIA	Via Bellinzona, 21 – Bologna	328/42.64.953
CITRINITI GIORGIA	Via Toffano, 4 – Bologna	333/54.38.145
COLELLA JACOPO	Via A.Volta, 11 – Castel Guelfo	0542/25.31.80/329/10.36.731
CORRADO MARIA FRANCESCA	Via Manfredi, 8 – Bologna	329/91.25.155
DE BERNARDIS GIULIA	Via Bentivogli, 117 – Bologna	339/50.77.298
DE FAZIO CAROLINA	P.zza S.Francesco – Bologna	338/93.42.925
DI CIOMMO MARIA LUISA	Via Chiudare, 3 – Bologna	347/23.03.113
DI GIOVANNI BEZI CHIARA	Via delle Fragole, 21 – Bologna	051/99.25.779/346/73.76.655
ESPERTI VINCENZO	Via Rubizzano, 1802/c – S.Pietro in Casale	335/19.18.648
FATTIBENE JESSICA	P.zza Malpighi, 16 – Bologna	331/12.76.543
FORLANI GIULIA	Via A.Murri, 43 – Bologna	333/98.85.260
FORMARO NICOLINA SILVANA	Via R.Koch, 1/3 – Bologna	347/78.27.325
FRANCHI CATERINA	Via Dante, 20 – Bologna	051/30.29.98/338/91.63.276
GUERRINI LAURA	Via R.Galli, 4/a – Imola	349/29.20.166
LANDI STEFANO	Via del Carpentiere, 24 – Bologna	051/60.14.862/340/62.84.704
LORETI ALICE	Via S.Francesco, 894 – Mordano	333/14.59.819
MAGAGNI GABRIELE	Via T. Alderotti, 2 – Bologna	349/13.35.956
MAHMOUD GHANEM SADAM	Via Vincenzo Vela, 12 – Bologna	347/17.85.672
MARIANO JULIA GERCY	Via Gozzadina, 9 – Argelato	338/67.90.315
MARTINI ANNA LISA	Via Laura Bassi, 1 – Bologna	051/30.05.493/339/88.73.484
MATTEI SIMONE	Via dell'Artigianato, 12 – Granarolo dell'Emilia	329/15.91.919
MENEGATTI FRANCESCO	Via F.S. Mercadante, 4 – Bologna	051/47.61.20/349/87.85.019
MENGOLI ANDREA	Via Calari, 4/2 – Bologna	051/55.68.77/393/97.18.831
MICHELI ORIANNA	Via della Gabella, 7 – Bologna	338/81.05.066
MODENESE LUCA	Via Roma, 27 – Follina	347/83.98.257
MOUSA HASAN	Via Piana, 20 – Bologna	346/74.88.870
NANNI GIULIA	Via GARIBALDI, 28/c – Minerbio	389/83.82.965
PAGANO ISABELLA	Via Varthema, 3 – Bologna	333/11.21.040
PURPARI GIUSEPPE	Via Bergullo, 16/a – Imola	370/12.44.912
RESIGNO IDA	Via A.Romagnoli, 44 – Bologna	328/77.55.575
ROCCHI MARTINA	Via Isonzo, 73 – Casalecchio di Reno	051/61.31.707/333/87.05.057
SHUKULLI IBARONA	Via P.Fabbri, 107 – Bologna	327/82.46.422
STIPA CARLOTTA	Via Palmieri, 7 – Bologna	329/58.66.089
SVIRYDENKA HANNA	Via Trilussa, 2 – Bologna	348/99.10.871
TASSONE LAURA	Via Mazzini, 132 – Bologna	340/60.05.005
TOSCANO FABRIZIO	Via Dagnini, 26 – Bologna	051/62.31.884/333/81.62.394
TRAPPOLI ANGELA	Strada Maggiore, 80 – Bologna	338/19.44.007
VALBONESI FRANCESCA	Via Raibolini, 16 – Zola Predosa	349/53.28.910
VALLI VITORIO	Via S.Donato, 152 – Bologna	337/59.10.23
ZAVARONI SUSANNA	Via Garzoni, 10 – Bologna	339/45.05.622

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
ADUA DANIELA	Oncologia	347/52.87.618
CAMPOLO MARIA FRANCESCA	Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	320/93.13.285
CARDELLICCHIO RODOLFO	Ortopedia e Traumatologia	051/49.29.16/335/62.20.145
COLI' GABRIELE	Cardiologia- Medicina dello Sport	051/78.14.22/330/41.11.95
DI GREGORI VALENTINA	Igiene e Medicina Preventiva	347/11.54.524
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia	
	Chirurgia della Mano	
	Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
FORLANI GIULIA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	333/98.85.260
LALANNE CLAUDINE	Medicina Interna	051/55.03.50/347/93.87.818
MAGAGNI GABRIELE	Corso di Formazione in Medicina Generale	349/13.35.956
NAZIONALE IMMACOLATA	Gastroenterologia	347/36.29.125
PALUMBO BENEDETTA	Odontoiatra	051/30.38.96/338/33.64.432
SCORZONI RAFFAELLA	Psicoterapia	051/352551/340/39.36.916
TRAPPOLI ANGELA	Psichiatria	338/19.44.007
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23

SCOMPENSO CARDIACO - Linee di indirizzo per un sistema assistenziale efficace e innovativo

30 novembre 2015, Bologna

Aemilia Hotel
Via Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna

Promosso da: Accademia Nazionale di Medicina
Con il patrocinio: Ordine dei Medici e Chirurghi della Provincia di Bologna
Con il contributo di Novartis

Programma
10:00 *Introduzione* - Ubaldo Montaguti
10:30 *Scompenso cardiaco – Il punto dell'epidemiologo* - Salvatore Panico
11:00 *Scompenso cardiaco – Problematiche cliniche e organizzative attuali* - Stefano Urbinati
11:30 *Scompenso cardiaco – Panoramica sull'innovazione diagnostica e terapeutica* - Diego Ardissino
12:00 *Scompenso cardiaco – Criteri per la gestione del market access delle nuove tecnologie e dei nuovi farmaci nella Regione Emilia-Romagna* - Annamaria Marata
12:30 *Scompenso cardiaco – End point clinici e gestione clinica dei PDTA a livello di Primary Care* - Giuliano Ermini
13:00 *Discussione*
13:30 Pausa pranzo
14:30 *Tavola Rotonda Quale policy per l'ottimizzazione delle pratiche cliniche e assistenziali destinate ai pazienti con scompenso cardiaco?* - Claudio Borghi, Ezio Degli Esposti, Giuseppe Di Pasquale, Francesco Grigioni, Alessandro Navazio, Kyriakoula Petropulacos
17:00 *Discussione*
17:30 *Conclusioni*
17:45 *Questionario di valutazione dell'apprendimento*

Coordinamento Scientifico
Ubaldo Montaguti - Sezione di Management della Sanità - Accademia Nazionale di Medicina Bologna

Rivolto a
Medici specialisti e specializzandi in cardiologia, direzione medica di presidio, farmacologia, igiene e sanità pubblica, medicina interna, medicina generale; farmacisti ospedalieri e dei servizi territoriali.

ECM
Sulla base del regolamento applicativo approvato dalla CNFC, Accademia Nazionale di Medicina (provider n. 31), assegna alla presente attività ECM (31-141144): 6 crediti formativi.
L'evento sarà accreditato per medici specialisti in dermatologia, direzione medica di presidio, farmacologia e tossicologia clinica, igiene e sanità pubblica, medicina generale, medicina interna; farmacisti ospedalieri e dei

ALTRE INFORMAZIONI

SEDE DELLE LEZIONI
Le lezioni si terranno presso la Clinica Odontoiatrica Universitaria, situata in Via S. Vitale 59 - Bologna.
Le frequenze in sala operatoria si terranno presso le sale dell'Ospedale S. Orsola di Bologna.

CALENDARIO
Le lezioni si svolgeranno secondo il seguente calendario.

APRILE 2016	MAGGIO 2016	GIUGNO 2016	LUGLIO 2016
22	27	24	15
23	28	25	16

COSTO
La quota di iscrizione è di 2.200 € da corrispondersi in unica rata.

ISCRIZIONE
Bando consultabile sul sito web, seguendo il percorso:
www.unibo.it > Didattica > Corsi di Alta Formazione > 2015 - 2016.

CONTATTI

SEGRETERIA DIDATTICA
Fondazione Alma Mater - Area Alta Formazione
UGO DALL'OLIO - Tutor
u.dallolio@fondazionealmamater.it
Tel. 051 2091962

FAM
FONDAZIONE ALMA MATER

servizi territoriali. Non sarà possibile erogare crediti per discipline non previste.
L'attestazione dei crediti ottenuti è subordinata a:
- partecipazione all'intera durata dei lavori
- compilazione della scheda di valutazione dell'evento
- superamento della prova di apprendimento (questionario, almeno 75% risposte esatte).
Si rammenta al partecipante che il limite massimo dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento 2014-2016 acquisibili mediante invito da sponsor è di 1/3.

Modalità di iscrizione
La partecipazione al corso è gratuita e riservata a un numero limitato di partecipanti.
Per iscriversi è necessario inviare a Accademia Nazionale di Medicina – Via Massarenti 9 – 40138 Bologna Fax 051/6364605, entro il 10 dicembre 2015:
– scheda di iscrizione, debitamente compilata
– consenso al trattamento dei dati personali riportato nel retro della scheda di iscrizione.
In alternativa è possibile effettuare l'iscrizione on-line all'indirizzo www.accmed.org
Non saranno considerate valide le domande pervenute con scheda incompleta.
L'iscrizione sarà confermata a mezzo posta elettronica, si chiede pertanto di riportare sulla scheda di iscrizione il proprio indirizzo.

Segreteria Organizzativa
Forum Service
Via Martin Piaggio 17/6
16122 Genova

PSORIASI - Linee di indirizzo per la definizione dell'approccio terapeutico ottimale

18 dicembre 2015 - Bologna

Savoia Hotel Regency
Via del Pilastro, 2 - Bologna

Promosso da: Accademia Nazionale di Medicina
Con il patrocinio: Ordine dei Medici e Chirurghi della Provincia di Bologna
Con il contributo educazionale di Novartis

Programma
10:00 *Introduzione* - Ubaldo Montaguti, Annalisa Patrizi
10:15 *Il quadro epidemiologico* - Carlotta Gurioli, Annalisa Patrizi
10:30 *I costi per il servizio sanitario e per i cittadini* - Barbara Polistena, Federico Spandonaro
11:00 *Discussione* - Discussant: Anna Lanzoni
11:15 *L'efficacia della laserterapia e della fotochemioterapia* - Massimiliano Pazzaglia, Beatrice Raone
11:45 *L'efficacia del trattamento farmacologico topico* - Alessandro Borghi, Annarosa Virgili
12:15 *L'efficacia del trattamento farmacologico sistemico* - Vito Di Lernia
12:45 *Discussione* - Discussant: Claudia Lasagni
13:00 Pausa pranzo
14:00 *Nuovi target molecolari per il trattamento della psoriasi* - Andrea Conti
14:30 *Le prospettive terapeutiche legate alle nuove acquisizioni sulla genetica della malattia* - Sergio Di Nuzzo
15:00 *End point clinico-terapeutici attuali, attuabili, desiderabili* - Francesco Savoia
15:30 *Il profilo del farmaco ideale* - Federico Bardazzi, Michela Magnano
16:00 *Discussione* - Discussant: Fabio Arcangeli, Davide Brunelli
16:15 *Criteri per la gestione del market access delle nuove tecnologie e dei nuovi farmaci nella Regione Emilia-Romagna* - Annamaria Marata
16:45 *Politiche di Area Vasta per l'acquisizione di nuovi farmaci* - Cristina Puggioli
17:15 *Discussione* - Discussant: Massimo Morri
17:30 Conclusioni e questionario di valutazione dell'apprendimento

Coordinamento Scientifico
Ubaldo Montaguti - Sezione di Management della Sanità - Accademia Nazionale di Medicina Bologna
Annalisa Patrizi - Scuola di Specializzazione in Dermatologia e Venereologia - Università di Bologna - U.O. di Dermatologia - A.O.U. Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna

Rivolto a
Medici specializzati in dermatologia, direzione medica di presidio, farmacologia e tossicologia clinica, igiene e sanità pubblica, medicina generale, medicina interna, farmacisti ospedalieri e dei servizi territoriali.

ECM
Sulla base del regolamento applicativo approvato dalla CNFC, Accademia Nazionale di Medicina (provider n. 31), assegna alla presente attività ECM (31-141144): 6 crediti formativi.
L'evento sarà accreditato per medici specialisti in dermatologia, direzione medica di presidio, farmacologia e tossicologia clinica, igiene e sanità pubblica, medicina generale, medicina interna; farmacisti ospedalieri e dei servizi territoriali. Non sarà possibile erogare crediti per discipline non previste.
L'attestazione dei crediti ottenuti è subordinata a:
- partecipazione all'intera durata dei lavori

- compilazione della scheda di valutazione dell'evento
- superamento della prova di apprendimento (questionario, almeno 75% risposte esatte).

Si rammenta al partecipante che il limite massimo dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento 2014-2016 acquisibili mediante invito da sponsor è di 1/3.

Modalità di iscrizione

La partecipazione al corso è gratuita e riservata a un numero limitato di partecipanti.
Per iscriversi è necessario inviare a Accademia Nazionale di Medicina – Via Massarenti 9 – 40138 Bologna Fax 051/6364605, entro il 10 dicembre 2015:

• scheda di iscrizione, debitamente compilata
• consenso al trattamento dei dati personali riportato nel retro della scheda di iscrizione.

In alternativa è possibile effettuare l'iscrizione on-line all'indirizzo www.accmed.org
Non saranno considerate valide le domande pervenute con scheda incompleta.
L'iscrizione sarà confermata a mezzo posta elettronica, si chiede pertanto di riportare sulla scheda di iscrizione il proprio indirizzo.

Segreteria Organizzativa

Forum Service
Via Martin Piaggio 17/6
16122 Genova

CAF Comunicazione Clinica e Comunicazione Pubblica in Ambito Sanitario - I Edizione a.a. 2015/2016

Corso Universitario di Alta Formazione in Comunicazione Clinica e Comunicazione Pubblica in Ambito Sanitario – I edizione a.a. 2015/2016, rivolto a professionisti sanitari e referenti della comunicazione esterna delle strutture sanitarie e operatori dei media.
Il Corso prevede una parte propedeutica comune, con l'obiettivo di definire le competenze di base e gli aspetti più importanti della comunicazione in ambito sanitario, utili a tutte le figure professionali, ed una parte in cui verranno avviati due indirizzi paralleli in funzione della professione (da scegliere in sede di iscrizione):
- indirizzo clinico: rivolto ai professionisti sanitari con l'obiettivo di promuovere lo sviluppo di competenze comunicative personalizzate;
- indirizzo divulgativo: aperto a tutte le figure professionali, sanitarie e non, che offrirà strumenti idonei per una divulgazione efficace e consapevole delle notizie che riguardano la salute.

Per maggiori informazioni Vi invitiamo a consultare il bando universitario
www.unibo.it <http://t.contactlab.it/c/2003444/306/369941/395>

Poliambulatorio Privato
ISTITUTO DI RICERCA E CURA dell' AMAB
Scuola Italo-Cinese di Agopuntura
Dir. Sanitario Dott. Umberto Mazzanti, Medico-Chirurgo
Via Antonio Canova, 13 - 40138 Bologna
Tel. 340 9553985, **www.amabonline.it**
segreteriascuola@amabonline.it

Attiva fin dal **1986**. Rappresenta uno dei **primi esempi in Italia di integrazione** fra medicina tradizionale cinese e medicina occidentale.

Vi opera **personale medico qualificato** che lavora in tutti i campi in cui l'agopuntura ha le sue maggiori indicazioni:
- Cefalee croniche, emicrania
- Dolori dell'apparato muscolo scheletrico
- Patologie gastriche e intestinali
- Patologie dermatologiche
- Patologie ginecologiche

Percorsi terapeutici specifici:
- Trattamento dell'infertilità maschile e femminile e supporto alla procreazione medicalmente assistita
- Trattamento anti-aging
- Trattamento pediatrico

A.M.A.B. Associazione Medici Agopuntori Bolognesi

Appartamento 110 MQ completamente ristrutturato ottime rifiniture 3 camere 2 bagni balcone giardino affittasi via Fleming a Bologna, Tel 328 3317553.

Vende appartamento/studio ristrutturato,a norma,di 70 mq, sito in V. Pelagio Palagi n. 5, al piano rialzato (6 gradini davanti, 4 dietro) di fronte all'Ospedale Malpighi verso Via Mazzini, con un posto auto, nella parte cortiliva comune ed un giardinetto esclusivo all'appartamento a cui si accede non direttamente + cantina (già ristrutturata). Per informazioni chiamare il 368/3366994 - 336/491490.

Opportunità di inserimento di medico non specialista in ambulatorio pazienti in via San Mamolo. Se interessati per maggiori informazioni contattare il numero 329/4828786.

Loiano versante Fondovalle Savena immerso nel verde, bel panorama, a pochi minuti a piedi dall'ospedale e dal centro vendo senza intermediari delizioso appartamento di 70 mq al terzo ed ultimo piano con terrazzo sul bosco e ampia autorimessa e cantina al piano terra. Telefonare allo 051/581700 (segreteria telefonica) 335/6163992.

Poliambulatorio medico Agorà (ginecologia, odontoiatria, dietologia, flebologia...) autorizzato, dentro porta Lame (via Giorgio Ercolani n° 10/C-8), con servizi di segreteria, mette a disposizione di medici specialistici ambulatori per giornate o mezze giornate. In particolare mancano queste branche: neurologia, psichiatria, psicologa, fisiatria, gastroenterologia, pediatria, cardiologia, urologia... Per Informazioni Tel. 051/557366 - Cell. 348/6712133 - e-mail coop.agoramedica@gmail.com

Cercasi Odontoiatra per subentro, causa limiti di età, in studio dentistico a Bologna. Telefono 338/8889449.

Studio medico legale in Bologna cerca specialista in medica legale assicurativa, per collaborazione. Si prega di inviare curriculum via fax allo 051/4686107.

Affittasi in struttura ambulatoriale medico odontoiatrica sita nel comune di San Lazzaro di Savena /BO) studio medico a colleghi specialisti no odontoiatri. In comune sala aspetto, segreteria, zona sterilizzazione, servizi igienici. Disponibile mezze o intere giornate. Cifra da concordarsi. per info 339/1059298.

Vendesi appartamento silenzioso e luminoso composto da: ingresso, salone a elle con balcone; ingresso notte: cucina, bagno e cameretta per colf, 3 matrimoniali, 2 bagni; posto auto scoperto,cantina. Euro 580000. Per info tel. 051585038/3489226408

Norme editoriali

L'editoriale e il dossier saranno pubblicati su richiesta dell'editore.

Articoli: formato word, times new roman 12, spazio singolo, giustificato, sono graditi gli articoli a carattere sanitario e a rilevanza locale. Gli articoli a carattere scientifico saranno inviati a referee nazionali scelti dalla redazione. Ogni articolo non dovrà superare di norma le 16.000 battute e contenere massimo 3 immagini in bianco e nero.

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

Congressi/convegni/seminari (da inviare almeno due mesi prima del loro svolgimento)
Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.
Esempio: titolo, obiettivo (max 250 battute), sede e data del convegno, informazioni (nominativi, telefoni, e-mail)

Annunci: testo di massimo 500 battute

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: RENOGRAFICA SRL
13 via Seragnoli - 40138 Bologna - telefono 051 6026111 - fax 051 6026150

Poliambulatorio Privato

Giardini Margherita

Direttore Sanitario: Dr. Maurilio Missere

– ALLERGOLOGIA	***Dr.ssa Parma Maddalena***
– ANGIOLOGIA MEDICA	***Dr. Caniato Andrea***
– CARDIOLOGIA	***Dr. Drago Gianmarco***
	Dr. Marchetta Fausto
– CHIRURGIA PLASTICA	***Dr. Pistorale Antonio***
– DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	***Dr.ssa Orsini Maria Grazia***
– ECOGRAFIA	***Dr. Affinito Domenico***
	Dr. Missere Maurilio
– GINECOLOGIA/OSTETRICIA	***Prof. Cassani Alberto***
	Dr.ssa Alfieri Stefania
	Dr. Guida Gerardo
	Dr. Marino Silvio Antonio
	Dr.ssa Stagnozzi Roberta
	Dr. Traversa Gabriele
– FISIATRIA	***Dr.ssa Lullini Giada***
– OCULISTICA	***Dr. Morinelli Gaudenzio***
	Dr.ssa Manzari Alessandra
	Dr. Galazzetti Muscinelli Alberto
– OTORINOLARINGOIATRA	***Dr. Borghesi Francesco***
	Dr. Giorgi Giuseppe
	Dr. Montanari Fabio
– UROLOGIA	***Prof. Bercovich Eduard***
	Dr. Comerci Francesco
– PUNTO PRELIEVI	
– MEDICINA DEL LAVORO	***Dr. Missere Maurilio***
	Dr.ssa Venturi Silvia
	Dr.ssa Belisario Adele
	Dr.ssa Concordia Alessandra
	Dr.ssa Lacava Ilaria
	Dr.ssa Mastio Valeria
	Dr.ssa Sifaky Evangelia

Instagram

Seguici su Facebook

CONTATTI

Personale Segreteria: Caterina F. – Alice T.

Sede: Via Santo Stefano 103 – Bologna

Tel/Fax : 051. 48 42 736

segreteria@fondazionectr.it

http://www.poliambulatoriogiardinimargherita.it/

CONVENZIONATI CON LE PRINCIPALI CASSE MUTUE ASSISTENZIALI 1046/GP/cb

PROBLEMI D'UDITO?
PROVA UN PROFESSIONISTA.

- ASSISTENZA E SERVIZIO DOMICILIARE
- PROVE GRATUITE APPARECCHI ACUSTICI INVISIBILI
- CONSULENZE E ASSISTENZA PER PRATICHE CON CONTRIBUTO ASL E INAIL
- SOLUZIONI E PAGAMENTI PERSONALIZZATI

I 5 PASSI DELL'APPLICAZIONE PROTESICA PERSONALIZZATA DEL GRUPPO TI ASCOLTO:

1°Passo	2°Passo	3°Passo	4°Passo	5°Passo
Ti accogliamo	Ti Ascoltiamo per capire le tue esigenze	Iniziamo un percorso insieme	Ti forniamo una soluzione personalizzata	Ti assistiamo nel tempo

I nostri Studi Audioprotesici:

- **BOLOGNA** Via Riva di Reno, 53/ d,e,f - Tel. 051 227028
- **BUDRIO** Via Bianchi, 12 - Tel. 051 227028
- **CASALECCHIO DI RENO** Via Piave, 28/2 - Tel. 051 570624

Ci può trovare anche presso i nostri recapiti di Castiglione dei Pepoli - Crevalcore - Lizzano in Belvedere Pianoro - San Giovanni in Persiceto - San Lazzaro di Savena - Silla (Porretta Terme) - Vergato

ACUSTICA BOLOGNESE
Studi Audioprotesici

GRUPPO Ti Ascolto STUDI AUDIOPROTESICI

www.gruppotiascolto.it
info@acusticabolognese.it